DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.
— 2e année, 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.
— 3e année, 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.
— 4e année, 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.
— 5e année, 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.
— 6e année, 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.
— 7e année, 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.
— 8e année, 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.
— 9e année, 1 vol. de 524 pages, 1873. 7 fr.
— 10e année, 1 vol. de 580 pages, 1874. 7 fr.
— 11e année, 1 vol. de 588 pages, 1875. 8 fr.
— 12e année, 1 vol. de 521 pages, 1876. 7 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F. A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages ; traduit du portugais. Paris, 1858. 4 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8, avec planche. Paris, 1859.
Donné avec l'ouvrage précédent.
— Séparément. 50 c.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga ; traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 3 fr.

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

Coulommiers. — Typographie A. PONSOT et P. BRODARD.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Ancien rédacteur en chef de la *Santé publique*.

Treizième année, 1877

PARIS
LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108
Au coin de la rue Hautefeuille.

1878

INTRODUCTION

L'année médicale de 1877 peut être caractérisée de riche et féconde. Si la fatale politique du 16 mai, qui la rendra surtout mémorable dans l'histoire, a suspendu l'élaboration de plusieurs projets de réforme sur l'exercice professionnel, notamment la suppression de l'inspectorat des eaux minérales et l'assistance médicale dans les campagnes ; si elle a porté un trouble profond dans l'enseignement par ses coups d'autorité, la science n'en a pas moins réalisé de grands et nombreux progrès avant comme après cette date néfaste. L'ampleur de ce volume le prouve, et il suffit, pour s'en convaincre, d'énumérer les grands problèmes soulevés et débattus pendant son cours : localisations cérébrales, origine bactéridienne du charbon, origine fécale de la fièvre typhoïde et son traitement par les bains froids, guérison du rhumatisme articulaire et de la goutte par le salicylate de soude substitué à l'acide salicylique, élucidation scientifique de la métallothérapie et son application aux maladies nerveuses. Sur tous ces points, qui touchent aux questions les plus élevées de la science et de la pratique, les recherches, les expériences, les observations faites ont produit des découvertes nouvelles et des résultats positifs, qui res-

teront dans le domaine de la médecine pour le féconder et l'enrichir.

Toutes ces questions, il est vrai, ne sont pas neuves. Depuis plusieurs années, elles étaient à l'étude, et sur quelques-unes même, émanant de l'étranger, la solution paraissait toute faite. Le temps n'est plus, hélas! où, par son initiative, la France médicale dictait aux médecins du monde entier des problèmes à observer ou à confirmer. Les rôles sont bien changés. Elle en reçoit aujourd'hui et s'applique laborieusement à les élucider, à les résoudre. Ce rôle plus modeste n'est heureusement pas moins utile et glorieux entre ses mains. En ne recevant ces solutions expérimentales que sous bénéfice d'inventaire, et en les soumettant au creuset de la clinique et de l'observation, la France en a tellement modifié, changé, agrandi la signification, que son cachet ne permet plus guère d'y reconnaître la marque d'origine.

C'est d'Allemagne, en effet, que nous vient la doctrine des *localisations motrices dans l'écorce cérébrale*, comme autrefois la crânioscopie et la phrénologie. L'emploi thérapeutique de l'acide salicylique y prit aussi naissance, et c'est après avoir voyagé un peu partout, chacun allant aujourd'hui s'inspirer là, mais surtout par la voie anglo-américaine, que ces questions nous sont arrivées, revues, corrigées et augmentées. C'était en 1873, et aussitôt les jeunes expérimentateurs français se mirent à l'œuvre pour en vérifier les résultats. Les contradictions flagrantes de ces expériences physiologiques sur le singe, le chien et le lapin n'éveillèrent que le doute. Aussi M. Schiff a-t-il élevé les réserves les plus expresses sur les prétendues lois que M. Broadbent est venu imprudemment en promulguer, d'après ces expérimentations insuffisantes, au dernier

Congrès international de Genève. Il a fallu, pour faire admettre ces localisations, que l'école française en démontrât la réalité par des faits irrécusables et concordants, observés directement sur l'homme, pour en préciser le siége et le limiter mieux que sur les animaux. Elles servent ainsi déjà à distinguer le siége des lésions cérébrales sur le vivant, à en différencier le diagnostic et le pronostic et à guider le traitement, comme on peut le voir au mot *Localisations*.

La découverte de ces localisations motrices a fait rechercher naturellement le siége des autres maladies caractérisées par des troubles, des altérations de la motilité, comme la paralysie générale et l'athétose surnommée *hémi-chorée post-hémiplégique*. Tant que les observateurs ne se sont occupés de celle-ci qu'au point de vue symptomatique des mouvements convulsifs des extrémités avec les phénomènes concomitants, ils ont varié dans leurs dénominations, en les assimilant à la chorée ou à l'épilepsie. Mais la diversité des symptômes et des lésions rencontrés depuis tend à faire revenir au terme primitif d'athétose, non pour exprimer une unité morbide, comme le voulait Hammond, mais un syndrôme de processus pathologiques différents et de lésions diverses qui ne seraient même plus localisées dans l'encéphale. Rosenbach rapporte ainsi un cas d'athétose où il rencontra exclusivement à l'autopsie une dégénérescence grise des faisceaux postérieurs. (*Arch. für pathol. anat. und phys.*, t. LXVIII.)

Il faut reconnaître pourtant que ce n'est encore là qu'une exception. Tous les autres cas cités reconnaissent des lésions encéphaliques circonscrites ou diffuses. Deux observations recueillies dans la clinique de Frerichs ont montré ainsi au docteur Ewald des lésions

périphériques et centrales. Outre une pachyméningite hémorrhagique récente, il y avait deux foyers d'encéphalite dans la première circonvolution frontale gauche avec atrophie dans l'une, et, dans l'autre, un tubercule gros comme un haricot dans la moitié droite du pont de Varole. (*Deutsch Zeit. für prakt. medic.*, n° 33.)

Or, comme dans tous ces faits les mouvements rhythmiques et involontaires des extrémités, qu'ils soient choréiques ou épileptiformes, sont toujours liés à de la paralysie antérieure, il est bien entendu que le terme d'athétose, exprimant l'instabilité seule, désigne aussi un complexus de symptômes divers et de lésions concomitantes variées.

De même de l'*acide salicylique*, dont l'emploi dangereux était indéfini comme antiseptique et fébrifuge. Ses propriétés anti-rhumatismales ne venaient qu'en troisième ligne, tout en en faisant un spécifique. L'épreuve faite par les cliniciens français, M. Sée en particulier, a bientôt infirmé toutes ces propositions. Son action irritante en a aussitôt démontré les dangers. De là sa combinaison avec la soude et l'innocuité de ce nouveau sel qui, sans se montrer un spécifique infaillible du rhumatisme, en calme si merveilleusement les douleurs, et par suite le gonflement et la fièvre, qu'il en constitue aujourd'hui le meilleur remède, de par l'expérimentation générale. Mais, loin d'agir comme antiseptique ni fébrifuge, c'est un analgésiant. Telle est la grande découverte française. Et la preuve, c'est que le salicylate de soude ne neutralise ni le rhumatisme ni la goutte; il en calme seulement les douleurs atroces comme par enchantement, et c'est pourquoi il faut en continuer l'usage à moindre dose,

pendant plusieurs jours ensuite, pour en prévenir la récidive.

Plusieurs éléments de ces importantes questions restent sans doute à élucider. Une année ne saurait suffire à les résoudre, d'autant moins que les premiers observateurs se sont montrés avec leur esprit particulier dans les discussions publiques qui ont eu lieu à cet égard. Caractères décidés, affirmatifs, absolus, les uns n'ont employé que de hautes doses, d'une main ferme et sûre, et ont ainsi obtenu des résultats décisifs; tandis que ceux d'un esprit diamétralement opposé, hésitants, craintifs, n'ayant recours qu'à des doses faibles, croissantes, n'ont souvent obtenu que des demi-succès. De là les dissidences. On a vu ceux-ci n'émettre leurs appréciations qu'avec timidité et réserve, en relatant les faits observés, en en faisant ressortir surtout les exceptions, tandis que ceux-là, appuyés sur des nombres imposants, ont formulé des règles absolues, affirmatives ou négatives, sans exception aucune. Les brillants succès de M. Sée ne reposent ainsi que sur des chiffres, des assertions et des affirmations. Il n'a pas jugé à propos de publier ses observations cliniques détaillées. Toujours comme dans la chaire, il ne s'est pas cru obligé de prouver. Sa parole lui suffit, et il échappe ainsi à la critique, à la discussion et au contrôle. Aussi n'a-t-il pas porté la conviction dans tous les esprits, qui ne peut résulter que du temps et de l'observation générale.

L'étiologie *fécale de la fièvre typhoïde*, d'origine anglo-allemande aussi, n'a pas obtenu le même succès en France. Elle n'y a fait que de rares adhérents, quoique se rattachant étroitement à la doctrine toute française de M. Pasteur. Ses preuves les plus évidentes, em-

pruntées surtout à l'étranger, n'ont pas convaincu l'Académie, car, si probantes qu'elles paraissent dans le développement spontané de quelques épidémies, leur absence dans le plus grand nombre autorise toujours à se demander si cette cause spéciale ne se confond pas avec l'influence saisonnière, démontrée à nouveau par des preuves statistiques et scientifiques.

Mais on objecte qu'une maladie spécifique, comme la fièvre typhoïde, ne peut naître spontanément de causes banales et communes et doit reconnaître une cause spéciale pour se développer en dehors de la contagion directe de l'homme à l'homme. De là la théorie du miasme organique spécial infectant les individus prédisposés, et du virus en résultant au sein de l'économie vivante et que l'on n'a jamais pu voir, saisir, ni démontrer. Or, c'est là précisément ce que l'on suppose et ce que l'on cherche aujourd'hui, conformément aux doctrines régnantes de la panspermie et du parasitisme, dans les déjections stercorales des typhisés, comme des cholériques, sous la forme d'un ferment organisé, du *contagium vivum*. Parviendra-t-on jamais à le découvrir, à l'isoler ou à rendre son action évidente, comme celle de la bactéridie aérobie sur la production du charbon? L'éminent expérimentateur n'a pas encore répondu à M. Chauffard, qui l'a contesté catégoriquement avec l'adhésion tacite de la plupart des cliniciens français. Cette étiologie exclusive a aussi été repoussée par le dernier Congrès international de Genève, sur le rapport de M. Bouchard, tandis que les pathologistes anglais l'admettent par avance.

Ce problème est admis comme démontré par le docteur Roberts dans son *Address* au dernier meeting de l'Association médicale britannique. Il est vrai que

c'est par analogie avce les *variolads* ou éléments microscopiques des pustules varioliques et des *vacciniads* de la vaccine, observés par M. Godlee. Ce sont probablement les granulations constatées par M. Chauveau. Mais la foi des Anglais dans le parasitisme étiologique est si robuste que, d'après la démonstration récente de la bactéridie dans le charbon et la septicémie, des spirilles dans la fièvre à rechute, le docteur Farr et d'autres n'hésitent pas à prendre pour une réalité ce qui n'est encore qu'une vague hypothèse. La doctrine pastorienne est ainsi beaucoup moins avancée dans son pays d'origine qu'à l'étranger.

Étant démontré expérimentalement que la présence des organismes ferments au sein des liquides de l'économie vivante, loin de résulter de leur décomposition, comme le croyaient les hétérogénistes, provoque au contraire celle-ci, il n'est plus permis d'admettre que les chaleurs et l'humidité de l'été et l'automne, pendant lesquelles prédomine la fièvre typhoïde, la développent spontanément, en activant la fermentation, la décomposition des matières fécales déposées dans les égouts, les mares, les fumiers, les ruisseaux, les fossés, en favorisant l'éclosion de ces organismes vivants. Mais, à leur défaut, ces conditions ne donnent-elles pas lieu à des miasmes putrides, des vapeurs infectieuses, qui, absorbés par des individus prédisposés, déterminent l'empoisonnement typhique, c'est-à-dire une altération telle des liquides et des solides que, comme les virus ou les organismes ferments, ils se multiplient à l'infini et se transmettent ensuite par absorption et par inoculation ? Ainsi conclut M. Bouchard. L'encombrement des soldats dans leurs casernes, regardé comme l'unique cause de la fièvre typhoïde qui les moissonne, faisait ainsi méconnaître que leur âge et les conditions

spéciales de leur existence expliquent bien mieux, suivant M. Colin, cette fatale prédisposition. Il a suffi de faire cesser l'encombrement pour résoudre cette question. Il suffirait de même de détruire ou de neutraliser les excrétions de ces typhisés militaires pour résoudre l'origine fécale de la fièvre typhoïde.

Chercher une cause unique et spécifique de cette fièvre est d'ailleurs un leurre, comme le prouvent ses formes si variées, désignées sous les noms de fièvres de Malte, de Naples, de Roumanie, typhoïdes dans le fond et dont la forme seule est modifiée par les influences climatériques et le mode de vie des habitants. De là aussi l'inanité d'un remède unique, comme les bains froids, administrés uniformément dans tous les cas pour la guérir. Les brillantes discussions publiques qui ont eu lieu à ce sujet à Paris et à Lyon ont démontré, contrairement à ces élucubrations systématiques, que ce n'est là qu'une ressource extrême pour certains cas exceptionnels.

Toute autre est la découverte du transfert de la sensibilité générale et spéciale d'un côté à l'autre du corps sous l'influence des plaques de métal ou des courants électriques équivalents. C'est l'*esthésiotropie*. L'application en sera certainement féconde au traitement des paralysies et des névroses.

A ces principales conquêtes de l'année s'en joignent de secondaires sur les maladies générales, *incertæ sedis*, telles que : l'*anémie*, si fréquente aujourd'hui qu'on la voit partout ; l'*albuminurie*, paraissant au moindre trouble ou choc de l'organisme et qui complique tant d'autres états morbides ; la *glycosurie* et le *diabète*. Si obscures et décevantes sont ces altérations compliquées

des solides et des liquides, qu'elles font le désespoir des investigateurs. On ne pénètre dans leur pathogénie mystérieuse que pour s'apercevoir que ce qui paraissait simple au début est de plus en plus compliqué. La solution d'un problème en met d'autres à jour, et le champ des recherches s'étend ainsi sans cesse. Les nouvelles observations enregistrées sur l'étiologie du diabète le montrent bien, celles du *diabète pancréatique* en particulier, de l'*albuminurie des ivrognes et des blessés*, etc., etc.

La fécondité des esprits imaginatifs est si grande en médecine que, dans l'impossibilité de signaler seulement leurs élucubrations, il faut se borner aux théories appuyées au moins sur des faits et des expériences. Celle de M. Gubler sur l'*athérome*, si simple et naturelle, mérite une grande considération sous ce rapport. On pourrait peut-être l'étendre à la *calcification* en général et surtout à la *dégénérescence des capillaires du cerveau* chez les vieillards. Mais nous n'en dirons pas autant de l'*asphyxie locale des extrémités* ou sclérodermie attribuée à l'impaludisme.

Quelques espèces nosologiques nouvelles ont aussi été proposées et décrites. Ce sont, par ordre alphabétique : les *fibromes aponévrotiques*, l'*hémoptysie nerveuse*, l'*iodisme pétéchial*, l'*urticaire géante*. L'ébauche des autres ne permet pas de les citer ici.

On disserte beaucoup aussi sur l'essentialité des fièvres, et c'est pour rétrograder de plus en plus de Broussais à Sauvages et Pinel. Des pyrexies dont la nature symptomatique paraissait indiscutable, comme la pneumonie, l'orchite, redeviennent essentielles au gré des novateurs. Les oreillons sont ainsi considérés par M. Sorel, qui en fait une *fièvre testiculaire*, parce qu'elle coexiste toujours avec l'orchite. Et comment

en serait-il autrement, quand celle-ci est un phénomène sympathique et aggravant des oreillons, qu'ils aient ou non paru primitivement? M. Paul Fabre l'appelle *fièvre glandulaire*, pour avoir observé quatre cas d'engorgement des glandes sous-maxillaires pendant l'épidémie d'oreillons observée à Commentry en 1875. (*Soc. méd. de Gannat*). M. Fehr, ayant éprouvé lui-même une réaction si vive d'une orchite oreilleuse arrivée à suppuration, en fait une *fièvre exanthématique*. (*Archiv f. Klin. chir.*)

Qui ne voit dans ces distinctions nosologiques un effet de l'influence trop exclusive accordée à la thermométrie dans l'exploration? On veut lui donner une importance qu'elle n'a pas dans la pyrétologie. D'où aussi la méthode étrange des bains froids, dans la fièvre typhoïde? L'absence de fièvre dans le cancer interne nous paraît un signe bien plus sûr pour le distinguer de la phthisie dans les cas obscurs.

M. Bernheim, de Nancy, se fonde aussi sur l'élévation brusque de la température à 40° au début de la pneumonie pour en faire une fièvre essentielle, parce qu'elle tombe dans les six à sept jours suivants, malgré la persistance des lésions pulmonaires. Telle est la pneumonie abortive ou *fébricule pneumonique*, dont il rapporte deux observations (*Rev. méd. de l'Est*, n° 1.) C'est donc la fièvre qui produirait la lésion pulmonaire? Assurément, il n'a pas la priorité de cette conception. Nous avons entendu agiter cette question au lit du malade par le professeur Gubler, il y a bien des années. Mais la subtilité de cette distinction n'a pu encore la faire triompher.

La séméiologie s'est surtout enrichie, par l'observation journalière, de signes précieux pour le diagnostic

et le traitement. Telle est l'*atrophie musculaire*, des extenseurs en particulier, dans les maladies articulaires. Une *saillie de la colonne vertébrale,* simulant le mal de Pott et y faisant croire, a aussi été observée dans la lithiase. Des *troubles graves de dyspepsie* en ont également imposé pour une rétention incomplète d'urine causée par l'hypertrophie de la prostate. Aux éclaircissements fournis chaque jour par l'examen de ce liquide, le dosage de l'urée et des phosphates, s'ajoutent des expériences ingénieuses qui semblent résoudre le problème de sa *fermentation ammoniacale*, ainsi que la nature et l'origine de la *vaccine.*

Un nouveau procédé de *thermométrie cérébrale* et un moyen simple de constater la *sécrétion sudorale* dans les affections de la peau aideront encore au diagnostic.

Enfin le diagnostic des affections thoraciques se perfectionne par l'emploi de l'auscultation et de la percussion, comme on en trouvera des exemples remarquables aux mots *Cœur*, *Coqueluche*, *Epanchements*, *Phthisie*, *Pleurésie* et *Thoracentèse.*

Un nouveau caractère physique de l'épilepsie idiopathique a aussi été indiqué : c'est l'*asymétrie fronto-pariétale*, donnée comme marque de son incurabilité absolue. Inutile donc d'essayer le brome ni les bromures, pas plus que les saignées ni le régime, qui se sont montrés au contraire très-efficaces dans l'épilepsie discrasique.

On trouvera encore quelques signes différentiels, mais beaucoup moins appréciables, des diverses lésions des nerfs par contusion, compression ou division, se traduisant par la douleur, la névralgie ou la paralysie. Leur dénudation et leur étirement ont amené des guérisons qui donnent un grand crédit à ce nouveau moyen de traitement.

L'anatomie pathologique a fourni aussi quelques caractères spéciaux, comme l'*hypertrophie ganglionnaire* dans l'alcoolisme, l'*atrophie du pancréas* dans le diabète, le *fibrome artério-capillaire* dans la maladie de Bright. Mais ils sont si rares, inconstants ou imperceptibles, qu'il est souvent impossible d'en tenir compte. La commission de la *Société pathologique de Londres* n'a pu se prononcer ainsi sur cette dernière lésion microscopique entre le docteur Johnson et ses contradicteurs, attribuant cette altération aux réactifs employés.

C'est en divisant et subdivisant ainsi à l'infini les espèces et les variétés pathologiques, d'après le microscope seul ou les réactifs chimiques, que les Allemands ont amené cette confusion inextricable, si préjudiciable à l'étude et aux progrès de la médecine. Leur distinction, faite sur ces bases, de la pneumonie caséeuse avec la granulation tuberculeuse, est ainsi tombée à néant, en la passant au triple creuset de l'anatomie, de l'histologie et de la clinique. La plaque muqueuse, la gomme et les autres manifestations syphilitiques ne sont pas moins l'expression de la syphilis que le chancre induré qui en est le type. En séparant la granulation tuberculeuse de l'infiltration caséeuse, pour infirmer l'unicité de la tuberculose, Virchow et son école n'ont vu que le commencement et la fin de ce produit, sans en saisir l'ensemble par leurs ressemblances symptomatiques. C'est ce que les cliniciens français ont fini par reconnaître et leur démontrer, en ramenant l'unicité indissoluble de la phthisie à son point de départ. Ce point fondamental est le commencement de la ruine des doctrines purement expérimentales et spéculatives de l'école allemande. Il en annonce le discrédit et la chute ; le reste ne manquera pas de suivre ; ce sera notre revanche.

La plus grande conquête, en THÉRAPEUTIQUE, serait l'emploi de la *créosote de bois dans la phthisie*, si l'action favorable de ce remède parvenait à s'affirmer dans la pratique générale, comme les faits semblent le promettre. Après l'usage des *salicylates*, celui de soude en particulier, qui a eu tant d'applications non-seulement contre le rhumatisme et la goutte, mais contre les *fièvres*, les *névralgies*, les *coliques néphrétiques*, l'*ataxie locomotrice*, etc., et qui est encore le grand procès en instance, il n'est certainement pas de médicament qui mérite davantage de fixer l'attention et les appréciations des praticiens. L'incurabilité réputée de la maladie nuira peut-être à son succès, en empêchant plusieurs médecins d'y recourir ; d'autres le délaisseront dès qu'il n'aura pas produit un mieux sensible en quelques jours. C'est ainsi que tous les remèdes employés empiriquement, sans indication spéciale, ont été abandonnés tour à tour. Il faut au contraire persister longtemps dans son emploi, non des semaines, mais des mois ; en noter soigneusement les effets sur l'expectoration, la toux, la fièvre, l'appétit, et, en le répétant sur plusieurs malades suivant les indications des honorables observateurs qui le recommandent, chacun en obtiendra les mêmes résultats.

C'est trop souvent par le défaut d'insistance et de soin dans l'expérimentation d'un remède nouveau que l'on n'en saisit ni l'action ni les indications. Par esprit de nouveauté, on quitte ainsi l'ancien pour le nouveau sans avoir de donnée précise sur aucun. Au lieu d'insister sur l'emploi d'un médicament dès qu'il a une action certaine sur une maladie ou l'une de ses formes ou de ses symptômes, afin d'en bien préciser la portée et en fixer définitivement le pouvoir, on varie, on essaye, on expérimente sans cesse, en quittant tou-

jours l'ancien pour le nouveau sans s'arrêter à aucun. De là les tergiversations, les contradictions de la thérapeutique, rendues évidentes par la curieuse statistique des médicaments employés dans les hôpitaux de Paris pendant les vingt dernières années. L'action des agents les plus efficaces, comme les *vésicatoires* contre les affections pulmonaires, est ainsi contestée, niée même et remplacée par des fonticules de *potasse caustique* contre les épanchements.

De grands progrès s'accomplissent néanmoins par la recherche expérimentale de l'action élective des médicaments sur les différents organes ou appareils et de leur voie spéciale d'élimination. Les *salicylates* et le *jaborandi* sont ainsi contre-indiqués lorsqu'il y a altération des reins, comme dans la scarlatine ; la *morphine* et l'*aconitine*, dans les cardiopathies. Au contraire, les *purgatifs* et les *vomitifs* sont indiqués dans l'anurie pour prévenir l'empoisonnement urémique qu'elle provoque. Les *injections hypodermiques d'éther* ont ainsi fait merveille dans le collapsus. Les travaux accomplis dans cette direction de la thérapeutique physiologique sont particulièrement signalés afin d'appeler l'attention des praticiens et de rendre leur thérapeutique plus sûre et positive.

En dehors des applications nouvelles des médicaments connus et usités, comme le chloral, le chloroforme, la glycérine, etc., nous citerons les nouveaux succès du *baume de copahu* contre l'ascite, du *chlorate de potasse* contre la diarrhée et la diphthérite, le *podophyllin* contre les coliques hépatiques, comme des moyens à ne pas négliger à l'occasion. En se propageant jusqu'au Brésil, les *injections hypodermiques d'eau* contre la douleur affirment leurs succès, comme en témoignent les 45 observations du docteur Moncorvo

(*do Valor therapeutico das injeccões hydricas subcutanéas*), publiées dans le *Progresso medico* de Rio-de-Janeiro. En les salant un peu, leur vulgarisateur, M. Luton, les a rendues curatives des hernies ombilicales chez les enfants.

La CHIRURGIE donne la meilleure preuve de ses progrès en se montrant de plus en plus conservatrice. Les amputations sont de plus en plus remplacées par les résections, et l'instrument tranchant par le feu, les caustiques, la ligature élastique et l'écraseur, afin de diminuer le traumatisme et la perte du sang. Leurs conséquences fatales chez les diathésiques, dans les maladies du cœur et du foie, rendent les chirurgiens de plus en plus circonspects. La réunion immédiate est remise en honneur par des succès croissants, en province surtout, grâce à de nouvelles modifications comme les sutures profondes, les ligatures avec le catgut, le drainage et surtout les pansements occlusifs. Une seule voix a rompu cet accord dans ces derniers jours : celle de M. Verneuil, préconisant l'amputation étalée et le pansement à plat dans la désarticulation coxo-fémorale, faisant écho ainsi au professeur Neudorfer. Mais la suite des débats, à peine commencés sur cette question, rétablira sans doute l'accord.

Une conséquence de cet esprit de conservation est encore la *ligature préventive* employée comme hémostatique et l'emploi du *thermo-cautère* pour la division des parties molles dans la trachéotomie et la taille; un chirurgien anglais s'en est même servi comme caustique contre les hémorrhoïdes. La *compression élastique* substituée à la ligature en Angleterre pour la guérison des anévrysmes, avec des succès multipliés, en est aussi la consécration, comme l'emploi de l'électro-

lyse et la contention avec le collodion en sont des exemples remarquables en France.

Il serait superflu d'énumérer ici toutes les remarques et les observations, les divisions et les statistiques, les simplifications faites dans le champ si vaste des opérations générales : telles que, ouverture d'abcès, amputations, fractures, hernies, ligatures, luxations, résections, tumeurs, sutures, etc. Les opérations spéciales, comme la gastrostomie, les procédés nouveaux méritent seuls d'être signalés. Tels sont ceux de M. Le Fort contre l'*exstrophie de la vessie* et le *prolapsus utérin*, la *ligature élastique* de M. Delens contre l'épithélioma de la langue, et les modifications dans les pansements.

La compression élastique a été portée jusque sur le col de l'utérus pour son amputation. Le docteur Emmet a introduit ainsi le tourniquet utérin à l'aide d'une double canule entourant le col d'une bande de caoutchouc qui peut être serrée à volonté. Mais le docteur Galabin s'en est tenu, à cet effet, à l'exemple de Martin et d'Esmarch lui-même, au cercle constricteur élastique, qui permet bien mieux de circonscrire exactement et de voir la portion du col à exciser. Placé au-dessus, il protége la vessie et le péritoine contre les égarements du bistouri, comme il en rapporte deux observations. (*Lancet*, nos 6 et 7.)

La pratique courante de l'ovariotomie et ses succès croissants font non-seulement mieux connaître les chances et les périls, les accidents de cette redoutable opération, elle permet aussi de mieux étudier les kystes pour lesquels on la pratique et leurs chances de guérison, soit par la ponction, soit par rupture. Elle facilite aussi leur distinction avec les tumeurs qui les simulent, notamment les *kystes de l'ouraque* et ceux de l'*épiploon*

gastro-hépatique, dont on trouvera deux observations. M. Kœberlé a prouvé par un exemple remarquable qu'elle pouvait même servir à la guérison radicale d'une *rétroversion utérine*, comme à d'autres déviations ou déplacements de cet organe.

De la GYNÉCOLOGIE, nous passons directement à l'OBSTÉTRIQUE, où deux grands faits sont à considérer : l'action du *traumatisme sur la grossesse* et réciproquement, et la naturalisation de l'emploi des *anesthésiques dans les accouchements*. Le dernier Congrès de Genève semble les avoir consacrés définitivement, et c'est l'avantage et le privilége de ces assemblées internationales de pouvoir étendre ainsi partout des méthodes et des procédés pratiqués jusque-là exclusivement dans certaines contrées. Des contradictions choquantes, comme le succès de *l'ovariotomie pendant la grossesse* et la persistance de celle-ci, malgré le traumatisme, montrent cependant, par ces exceptions exemplaires, que son influence n'est pas une loi absolue. Il reste donc à déterminer les conditions qui en favorisent la manifestation.

C'est ainsi que l'*albuminurie* et la *gingivite de la grossesse* sont plus fréquentes chez les primipares. Nous nous sommes appliqué à préciser les causes de l'avortement, des présentations vicieuses, des déformations du bassin et de l'utérus, afin d'atténuer la mortalité des nouveau-nés. Le procédé de *version anale* y contribuera aussi dans quelques cas, comme la *trachélotomie* ou l'incision du col contre les hémorrhagies *post-partum* préviendra celle des mères.

Un fait à signaler ici comme se rapportant à la MÉDECINE LÉGALE est la *rupture du foie* chez le fœtus par suite de tractions violentes. On trouvera au mot *Em-*

poisonnements des faits instructifs et peu connus s'y rattachant. L'utilisation des morgues, à Paris et à Lyon, pour l'enseignement pratique de cette partie de la science, est aussi une innovation de cette année qui ne manquera pas de la distinguer.

En OPHTHALMOLOGIE, rien de bien nouveau n'a été fait, si ce n'est la *cautérisation ignée* contre les *abcès* et les *ulcères de la cornée.* On traite toujours le glaucome de différentes manières, sans le mieux guérir. L'*iode* substitué au nitrate d'argent contre l'*ophthalmie purulente* est la seule innovation thérapeutique, tandis que les mauvais résultats de la *cataracte,* pratiquée chez les diathésiques, diabétiques et autres, tend à en diminuer l'application.

C'est le contraire en SYPHILOGRAPHIE. On n'en connaît plus les limites, et l'on y rapporte tant de manifestations diverses qu'elle est une des spécialités les plus étendues. Nous en avons relaté les principales, comme la *paralysie générale*, la *lymphangite gommeuse*, les *syphilides ulcéreuses*, et les diverses formes de la *syphilis cérébrale* et *héréditaire*, en insistant surtout sur le traitement.

Et comme les intérêts professionnels sont inséparables de ceux de la science, ce Dictionnaire retrace tout ce qui a été édicté et fait relativement à l'exercice illégal, à la jurisprudence sur la *délivrance des certificats*, le *renouvellement des ordonnances*, le *dosage*, les *prix*. Toutes les modifications apportées dans l'enseignement ont été notées, surtout en raison de la confusion, de l'enfantement laborieux dont il est l'objet. En cela comme en tout, deux courants contraires se manifes-

tent entre les jeunes et les anciens. Tandis que la nouvelle Faculté de Lyon se distingue par ses innovations progressives, ses chaires spéciales, ses cours complémentaires, celle de Paris résiste à s'associer à ces perfectionnements. Tout ne s'y fait ainsi que par coups de force, d'autorité et d'arbitraire, comme le 16 mai en a encore donné l'exemple. Espérons que de la lutte entre ces deux grandes institutions naîtra bientôt une salutaire émulation pour l'instruction des élèves et le progrès de la science.

P. Garnier.

Paris, 15 janvier 1878.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1877

A

ABCÈS. Abcès de la rate. Une femme de 34 ans avait des accès de fièvre intermittente avec frisson, douleur des articulations et douleur sourde dans l'hypochondre gauche. Les articulations étaient gonflées et une tumeur se rencontrait au milieu de la ligne axillaire avec matité s'étendant de la huitième côte jusqu'à deux centimètres au-dessous. Sous l'influence de la quinine, du jaborandi, du carbonate de lithine et de soude, les douleurs articulaires disparurent en vingt jours, mais l'engorgement de la rate augmenta. Elle s'étendait de la onzième côte à la fosse iliaque et de la colonne vertébrale à l'ombilic. Malgré les applications topiques, l'iodure de fer et de quinine, l'iodure de potassium, une tumeur fluctuante se manifesta, grosse comme une orange. Une ponction faite avec le bistouri donna issue à plus d'un litre de pus. L'écoulement, favorisé par un drain, continua les jours suivants. Il se tarit et la malade guérit parfaitement, la rate ayant repris ses limites normales. C'est un nouvel exemple du faible retentissement des lésions de cet organe sur l'économie.

Abcès profonds de l'avant-bras. *Nouveau siége d'ouverture.* Si l'on dissèque la partie inférieure palmaire de l'a-

vant-bras, couche par couche, après avoir profondément injecté un liquide coagulant entre les muscles fléchisseurs profonds et le pronateur carré, dit le docteur Parona, on découvre que l'épaisseur de ces couches varie beaucoup en différents points, sur les parties latérales en particulier, surtout en dehors de la gaîne des vaisseaux où l'épaisseur et le nombre des couches sont moindres.

Il a pensé dès lors que les inconvénients et les dangers inhérents au procédé de Nélaton et de Dolbeau, généralement suivi en Italie pour donner issue au pus réuni dans la partie antérieure de l'avant-bras, pouvaient être évités en pénétrant par une autre voie. C'est ainsi que sur le bord radial, à 6 ou 7 centimètres au-dessus de la tête articulaire du radius, se trouve un espace où, en incisant l'aponévrose anti-brachiale, on pénètre immédiatement entre l'os et les fléchisseurs profonds. Mais l'étroitesse de cet espace et le voisinage du nerf brachial s'opposent à manœuvrer aisément.

Il en est autrement du côté cubital. La disposition anatomique permet ici de pénétrer avec facilité, rapidité et sécurité entre le pronateur carré et les fléchisseurs profonds. Une incision pratiquée à cet effet parallèlement au cubitus et en s'en rapprochant le plus possible, commençant à deux centimètres au-dessus de la tête articulaire et se prolongeant à quatre centimètres en haut, arrive dans la région profonde après avoir intéressé seulement la peau et les couches aponévrotiques. Il s'agit seulement de diviser l'aponévrose anti-brachiale en se rapprochant plus du cubitus que du muscle cubital antérieur.

L'avantage de ce siége rend non-seulement l'opération plus prompte et facile, mais plus sûre et correspondant mieux au foyer purulent. Les vaisseaux et les nerfs sont à l'abri de toute lésion et, en laissant la gaîne aponévrotique intacte, on prévient la rigidité des muscles et l'inhabileté consécutive du membre. L'ouverture déclive facilite l'écoulement du pus et le parallélisme de l'incision le placement d'un drain. Dans trois cas, elle a donné les plus brillants résultats. (*Ann. univ. di med.* novembre 1876.)

Abcès ossifluents externes. *Caustique de Vienne.* Dans 7 cas de ces abcès des os superficiels, M. Labbé a obtenu

5 guérisons en recouvrant la poche purulente avec un caustique de la façon suivante : Les limites de la poche purulente étant reconnues, on découpe, dans une large bande de diachylum, une ouverture circulaire correspondant à celle de la tumeur, moins un centimètre et demi de circonférence. On l'applique sur le mal et l'on couvre tout le centre correspondant à l'abcès d'une couche de pâte de Vienne. Après un quart d'heure, on enlève celle-ci qui montre une eschare noirâtre dépassant de cinq millimètres environ le diachylum; on lave et l'on recouvre l'eschare d'un carré de diachylum.

L'issue du pus a lieu au pourtour de l'eschare à mesure qu'elle se détache. Quelques cataplasmes à nu en favorisent l'élimination; mais il ne faut pas forcer cet écoulement par des pressions, il doit se faire peu à peu de manière que la poche revienne sur elle-même. L'eschare enlevée laisse ainsi une plaie simple couverte de bourgeons charnus.

Une seconde application de caustique est nécessaire après la chute de l'eschare si le foyer purulent n'est pas ouvert. S'il y a des trajets fistuleux, il faut les agrandir avec des flèches caustiques à la pâte de Canquoin. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Abcès de la cornée. *Cautérisation ignée.* Au lieu de recourir à la méthode de Saemisch : l'incision de la cornée contre les abcès et les ulcères de cette membrane, M. Gayet de Lyon s'est servi du cautère actuel avec une aiguille à bas rougie à la lampe à alcool. La première fois, c'était contre un ulcère atonique *en coup de burin* qui, depuis cinq jours, se creusait sans cesse avec un état pulpeux et grisâtre du fond. Une seule cautérisation amena la cicatrisation après la chute d'une légère eschare pulpeuse huit jours après.

Le second cas était un vieil entropion avec altération strumeuse de la cornée qui avait déterminé un abcès superficiel par l'inflammation de cette membrane. L'ouverture avec l'aiguille provoqua une réaction favorable immédiate et la guérison fut complétée par l'opération de Weber sur le tendon externe de l'orbiculaire.

Cette cautérisation a été appliquée à dix autres cas d'abcès de cette membrane qui menaçaient ou compromettaient son intégrité et dont plusieurs avaient résisté à l'in-

cision de Saemisch. La détersion en a toujours été facilitée et abrégée sans accidents réactionnels. La conjonctivite et les douleurs péri-orbitaires et névralgiques en ont été aussitôt diminuées et la teinte jaune-paille a promptement disparu. Le pus répandu entre les lames de la cornée en est brusquement chassé ou résorbé par l'action du feu. Ce sont là de précieux encouragements pour imiter ce procédé. (*Soc. de chir.* janvier.)

ACCOUCHEMENTS. *Emploi des anesthésiques.* Dans son rapport sur ee sujet au Congrès international des sciences médieales de Genève, le doeteur Piaehaud conclut qu'ils *doivent* être conseillés dans l'aceouehement naturel, mais, tout en préférant le chloroforme, il énumère tous les autres. Il s'agit toujours, bien entendu, de la demi-anesthésie dite *chloroformisation à la reine* que M. Campbell a importée à Paris sous le nom d'anesthésie obstétrieale, sans réussir à l'y naturaliser. Il a suffi de la présentation de son mémoire à ce sujet, à l'Aeadémie de médecine l'année dernière, pour provoquer un *tolle* général.

Ce fut le contraire à Genève. Bien que le rapporteur se bornât à exprimer l'utilité et l'innoeuité de eette méthode contre la suspension ou le retard du travail par la souffranee, l'énervement de la femme, l'irrégularité des eontraetions, sans préeiser ni les eas ni les agents différents qui eonviennent — ce qui prouve qu'il n'a pas fait une étude clinique de la question — le professeur Courty de Montpellier l'a fortement appuyée. Il emploie le ehloroforme eontre les douleurs anormales, très-fortes ou irrégulières. Une demi-nareose les rend supportables et fait cesser la résistanee périnéale et diminue ainsi la durée de l'aceouchement de moitié. M. Leblond a donné la préférence à l'hydrate de chloral et nous sommes de son avis. Quand avec des contractions normales, plus douloureuses que leur intensité ne le eomporte, et sans effet sur la dilatation, un ou deux quarts de lavements avee 2 grammes suffit à en diminuer la douleur et à les rendre plus profitables. Elles portent davantage et l'on est tout surpris d'obtenir, en deux ou trois heures, un résultat qui s'était fait attendre pendant un jour ou une nuit toute entière. C'en est une indication précise et beaucoup plus profitable que la ehloro-

formisation à la reine dont il est moins facile de limiter les effets.

Le chloral est d'autant préférable surtout en lavement qu'il semble avoir une action élective sur l'utérus. Une jument atteinte de nymphomanie, à un degré qui la rendait impropre à tout service, ayant été soumise par le vétérinaire Ritz de Berlin à une dose journalière de 20 grammes de chloral en solution dans la boisson, la fureur utérine cessa en peu de jours.

Un nouvel adhérent autorisé de cette anesthésie obstétricale, bien que réprouvée, blâmée par MM. Depaul et Pajot avec la plupart des accoucheurs français, vient de se déclarer : c'est M. Tarnier, de la Maternité. Son expérience éclairée ne peut donc être mise en doute. Il affirme avoir constaté maintes fois qu'une femme peut, en respirant quelques gouttes de chloroforme sur un mouchoir, atténuer et même supprimer la douleur des contractions utérines sans perdre connaissance ni excitation préalable. Sans vouloir pour cela l'administrer à toutes les femmes en couches dans un travail normal et régulier, il l'emploie volontiers quand les douleurs sont très-vives; toujours, quand il y a contracture utérine et ralentissement, trouble du travail, pourvu qu'il n'y ait pas d'altération du cœur. En supprimant le spasme, le chloroforme rend le travail indolore, tout en le ralentissant un peu, et peut prévenir des complications graves.

Une nouvelle explication de ce phénomène singulier, paradoxal, d'une anesthésie utérine sans perte de connaissance, est donnée par M. Tarnier. C'est que la douleur qui siége dans les viscères s'éteint beaucoup plus facilement que celle de la surface cutanée. Le chloroforme agit ainsi merveilleusement comme calmant des coliques hépatiques ou néphrétiques. On peut donc effacer la douleur de l'utérus sans une anesthésie complète comme toutes les douleurs viscérales. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

En admettant même qu'il en soit ainsi, pourquoi, dans les cas de contractions trop douloureuses, irrégulières, tétanisantes, ne pas recourir au chloral en lavements, maintenant que l'on en connaît les effets sédatifs sur l'utérus, de préférence à la chloroformisation dont on ne peut jamais bien mesurer l'action?

Labor complicated with uterine fibroids and placenta previa, par James Chadwick de Boston. Cas remarquable d'un accouchement compliqué de tumeur fibreuse de la paroi inféro-postérieure de l'utérus avec insertion du placenta sur le siége de cette tumeur et s'étendant sur le col. La version fut opérée heureusement, mais la tête, arrêtée par la tumeur, ne céda qu'à des efforts prolongés et laborieux. L'enfant fut ranimé et aucune hémorrhagie n'eut lieu pour l'extraction manuelle du placenta. Mais une rupture du vagin derrière la lèvre postérieure du col et confinant à la tumeur fibreuse fut découverte ensuite. La mère en mourut. (*Gynecol. transact.* 1876.)

Dans un cas semblable relaté par le docteur Wiltschire à la Société obstétricale de Londres, la femme étant morte pendant le travail, on trouva également à l'autopsie une rupture transversale à la jonction du col et du vagin en arrière qui fut attribuée à l'usage du seigle ergoté. (*British med. journ.* 21 octobre 1876.) Le précédent exemple démontre l'erreur de cette cause, mais ces deux faits doivent mettre les praticiens en garde contre ce fatal accident lorsque la tumeur siége ainsi en arrière et en bas.

Accouchement prématuré naturel. *Hérédité.* Si la prédisposition héréditaire à l'avortement par hémorrhagie ou une excitabilité anormale de l'utérus ou des ovaires est généralement admise, il n'en est pas de même de l'hérédité à l'accouchement physiologique, naturel prématuré. Pathologique et contre nature ordinairement, celui-ci n'a guère été considéré sous ce rapport. Seul Fodéré dit avoir connu une dame qui devenait enceinte peu après ses couches et qui accouchait presque régulièrement à sept mois révolus sans accidents préalables, sans hémorrhagie, etc. Il cite, d'après Lamotte, deux garçons nés à sept mois et qui ont vécu très-longtemps, alors que la mère de l'un d'eux eut des filles, qui accouchaient de même à sept mois. Aucun autre fait analogue n'est cité par les accoucheurs français.

Deux observations, rapportées par le docteur Bertherand, semblent témoigner que cette hérédité est assez réelle pour mériter l'attention. Une Espagnole de 22 ans avait un garçon de 20 jours si petit, quoique plein de vie et bien conformé,

qu'il s'en étonna. Elle déclara alors être accouchée à sept mois, après neuf de mariage, sans que sa grossesse ni son accouchement aient rien présenté d'anormal. Brune, grande, forte, à large poitrine, cette couturière ne trouvait pas la moindre cause à cet accouchement prématuré, sinon que sa mère l'avait également mise au monde à sept mois, ainsi qu'une sœur aussi forte et bien portante qu'elle, mais plus jeune de trois ans. Un frère, mort accidentellement à onze ans, était né aussi à sept mois.

Un vaccinifère de six semaines était également d'une petitesse remarquable, quoique d'une santé superbe. Sa mère, âgée de 20 ans, née à Alger, dit qu'il était venu au monde à sept mois comme elle et sa mère, née dans le midi de la France, âgée de 44 ans actuellement. Celle-ci, d'une santé parfaite comme sa fille, dit même que son père, mort à 83 ans, était venu au monde à sept mois, tandis que son frère est venu à terme, comme deux filles et un garçon qu'elle a eus elle-même après sa fille aînée sont venus à neuf mois. Il y aurait donc eu dans ce cas, pendant trois générations successives, accouchement à sept mois dans cette famille sans que la cause puisse en être attribuée à la primiparité, cause toute simple et naturelle, puisque le garçon aîné de la seconde génération était né à terme. La consanguinité n'existait pas davantage ni aucune diathèse ou cachexie pouvant expliquer cet accouchement prématuré.

Il y a donc lieu, dans les accouchements spontanés à sept mois, à rechercher l'hérédité à défaut d'autre cause, surtout chez les primipares, notamment dans les cas de désaveu de paternité ou de demande de séparation, et même d'accusation d'avortement provoqué, de même que dans toutes les autres questions médico-légales, comme dans les cas d'hérédité de survie, de suppression ou de substitution, d'exposition et d'inhumation clandestine. Dans ces cas, les traces de la grossesse et de l'accouchement sont moins marquées. (*Ann. d'hygiène publ.* novembre.) Voy. AVORTEMENT.

ACIDES. Acide salicylique. Son action analgésiante, attribuée par M. Sée, a été confirmée expérimentalement par le docteur Laborde. Le chien vomissant fatalement le

salicylate de soude qu'on lui ingère dans l'estomac, M. Laborde lui a injecté dans les veines pour en contrôler l'action. 4 à 5 grammes dissous dans 10 à 12 centimètres cubes d'eau distillée, ayant été filtrée et chauffée à la température du sang, ont été injectés lentement par la veine crurale à un chien de moyenne taille, soit de 15 à 20 kilogrammes. Très-peu de temps après, tandis que des piqûres provoquent des effets réflexes marqués, l'animal ne réagit pas volontairement. Il se tient difficilement sur ses pattes, sa démarche est titubante, ataxique. Il est indifférent aux bruits extérieurs, plongé dans une sorte d'hébétude et même de stupeur. Abandonné à lui-même, il ne tarde pas à se coucher et à dormir profondément.

La même expérience répétée sur le cobaye a donné les mêmes résultats sans aucun autre accident apparent.

Il semble donc que l'action physiologique de cet acide agit d'une façon prédominante, élective, sur les phénomènes de sensibilité à la douleur en se portant sur le centre récepteur et élaborateur des impressions périphériques. C'est à ce titre d'analgésiant qu'il combattrait si efficacement la douleur.

Des expériences contradictoires, faites par MM. Bochefontaine et Chabert, sont d'accord avec cette donnée, mais s'en écartent sous le rapport de l'influence réflexe qui serait atteinte consécutivement. Son action sur les centres nerveux est d'autant plus certaine qu'elle est nulle sur le cœur et les muscles. (*Acad. des sc.* septembre.)

M. Sée n'a obtenu que des résultats négatifs. Ingéré dans l'estomac ou injecté dans les veines, le salicylate de soude n'a rien produit à trop faible dose ou a amené la mort sans aucun phénomène d'anesthésie ni d'analgésie antérieur. Comme toujours, M. Sée se borne à affirmer sans décrire, selon son habitude. (*Acad. de méd.* août et septembre.)

Il y a danger de l'administrer à l'état solide, aussi bien que ses sels. L'emploi des salicylates en pastilles, poudres et cachets doit être banni, selon M. Sée, car il en résulte les effets locaux les plus fâcheux sur la gorge et l'estomac : irritations, ulcérations même de la muqueuse de l'œsophage et de l'estomac. De là les accidents signalés aux États-Unis lorsqu'on l'administrait en poudre dans du pain

azyme. Il doit toujours être administré en solution, même assez étendue. Trop concentrée, elle a encore un effet topique irritant.

Usage externe. Employé en injections vaginales par M. A. Grellot chez deux nouvelles accouchées dont les lochies sanguino-purulentes répandaient une odeur nauséabonde. En un à deux jours et après cinq à six injections, une amélioration notable existait dans la quantité et la nature de l'écoulement. (*Acad. des sc.* juillet.) C'est donc comme désinfectant et modificateur qu'on peut l'employer dans les écoulements vaginaux de mauvaise nature. L'auteur ne dit pas à quelle dose il n'est pas caustique et n'a pas fait la comparaison avec le chloral qui est calmant et désinfectant tout à la fois.

Son action antiseptique est aussi efficace que prompte, d'après M. Guéneau de Mussy. Des plaies gangréneuses chez des typhisés, pansées avec une solution de cet acide, ont subi une modification aussi profonde que rapide. Voici la solution employée :

℞ Acide salicylique	1 à 2	grammes.
Alcool	10 à 20	—
Eau	400	—

Mêlez.

Acide bromhydrique. Aux divers bromures dont on a tant usé et abusé contre les maladies nerveuses, le docteur Fothergill fait succéder l'emploi de l'acide même de ces sels. Il l'obtient en décomposant le bromure de potassium par l'acide tartrique. 295, 35 de ce sel étant dissous dans 2, 272 d'eau distillée, il ajoute 371, 94 d'acide tartrique. La potasse est précipitée à l'état de bitartrate et l'acide bromhydrique reste en solution dans l'eau formant une liqueur claire, limpide et presque incolore. Elle possède à la fois les propriétés de l'acide bromhydrique ordinaire et du bromure de potassium. La dose maxima est d'un drachme ou un gros d'autrefois (3 gr. 60.) La moitié de cette dose a donné d'excellents résultats à M. Fothergill contre les maladies nerveuses. La pureté absolue de ce produit lui donne la supériorité sur l'emploi des bromures dont l'impureté doit toujours préoccuper. (*British med. journ.*)

Acide lactique. — Voy. INSOMNIE.

ACNÉ. Les nombreuses recherches sur le *demodex folliculorum*, depuis la découverte que Simon de Berlin en a faite en 1842 dans l'acné sébacé, avaient fait craindre que ce parasite, rangé dans l'ordre des acares, se rencontrant très-fréquemment chez plusieurs animaux domestiques, ne se transmît à l'homme. Sa fréquence et sa pullulation sur le chien notamment, dont il constitue la gale folliculaire, et débutant par le tour des yeux et l'extrémité des pattes en s'accompagnant de démangeaisons vives, avaient fait craindre sa contagion à l'homme. Croyant à son identité, Gruby recommande ainsi de grandes précautions pour éviter cette transmission.

Dans une monographie très-intéressante sur l'histoire naturelle de cet acare, dont il n'y a pas lieu de donner les caractères microscopiques ici, M. Mégnin, le savant vétérinaire dermatologiste, montre que le *demodex* du chien diffère de celui de l'homme, le premier étant aussi nocif que le second est inoffensif. Si, à l'état adulte, le céphalothorax de ces deux acariens a la plus grande analogie d'aspect et de forme, la différence de leurs larves apodes et l'abdomen beaucoup plus long de celui de l'homme les distinguent suffisamment pour constituer deux variétés : *Caninus* et *hominis*.

Le *demodex folliculorum hominis* ou *Entozoon* d'Erasme Wilson est beaucoup plus lent que la variété canine dans sa multiplication. Il reste souvent stationnaire après avoir produit quelques comédons ou pustules d'acné. On trouve même, chez certains hommes, des demodex vivants dans les follicules du visage sans déterminer de lésion apparente ni aucune démangeaison. Ils forment ainsi les tannes. Ce n'est que rassemblés dix à douze dans un follicule sébacé qu'ils donnent lieu à une élevure conique de la peau, à une saillie ayant un poil follet au sommet. Au nombre de deux ou trois douzaines, ils provoquent une véritable pustule d'acné. Quelques-unes en contiennent parfois quarante à cinquante. Là sont les adultes et leurs larves qui, en s'essaimant, vont peupler les follicules voisins.

La contagion du chien à l'homme est donc illusoire. M. Mégnin a manipulé bien des chiens atteints de gale folliculaire sans avoir rien contracté, non plus que de nom-

breux collègues et d'élèves vétérinaires. Un prurigo s'est pourtant développé sur le dos de la main d'un propriétaire d'un chien affecté de cette gale, mais il a disparu en quelques jours par l'usage de bains de Barèges. (*Journ. d'anat. et physiol.* mars.)

AIR. Air marin. Son heureuse influence sur la scrofule a été démontrée de la manière suivante au Havre, par le docteur Gibert, l'un des praticiens les plus distingués de cette ville. Sur 1000 enfants malades amenés à son dispensaire, 305 présentaient des affections scrofuleuses ou des traces, savoir :

Impétigo, eczéma		136
Adénites suppurées, écrouelles		82
Mal de Pott	3	
Ostéites ou arthrites diverses	6	22
Coxalgies	13	
Ophthalmies scrofuleuses		29
Otites scrofuleuses		10
Accidents divers : ulcérations strumeuses, cicatrices vicieuses		26
		305

Comme preuve que la plus grande partie de ces enfants scrofuleux guérissent spontanément sous l'influence de l'air marin auquel ils sont constamment soumis, c'est que, sur 6,330 jeunes gens inscrits de 1867 à 1876, pour le recrutement de l'armée au Havre, 102 seulement ont été exemptés pour vice scrofuleux. Le Havre est sous ce rapport, avec le Pas-de-Calais, la région la mieux partagée quant à la scrofule. Il est donc permis d'en inférer que la plupart des enfants scrofuleux guérissent avec l'âge, puisqu'à 20 ans, il ne s'en trouve plus que 1,62 pour 100 qui en soient encore entachés.

Et pour montrer qu'ils ne meurent pas avant cet âge, c'est que sur 100 décès phthisiques au Havre, 9 seulement ont lieu avant 15 ans et 7 de 15 à 20. Bien plus, sur 25,858 décès en huit ans, il n'y en a eu que 39 par scrofule. (*Congrès de l'Association scientif. du Havre.*)

Cette démonstration statistique laisse sans doute à désirer et l'observation suivie de ces 305 enfants serait beaucoup plus rigoureuse. Mais, telle qu'elle est, cette statistique tend au moins à confirmer les bons effets de l'air marin et des

bains de mer sur les enfants scrofuleux envoyés de Paris à Berck-sur-Mer (Voy. Coxalgie, 1876). C'est aussi un encouragement pour tous les médecins à vérifier le même fait dans toutes les villes et villages situés au bord de la mer et pour les médecins et les familles de l'intérieur à y envoyer les enfants lymphatiques, scrofuleux, dans la belle saison, comme on le fait en Italie dans les *hospices marins*.

Air comprimé. Ce nouveau moyen thérapeutique est définitivement entré dans la pratique courante. Comme l'hydrothérapie, qui effrayait autrefois les plus hardis, il a conquis ses droits de naturalisation par les guérisons qu'il a produites. La connaissance exacte de ses effets a appris à en graduer, en doser l'action à volonté comme de l'électricité et l'on n'hésite pas plus à s'enfermer aujourd'hui dans la boîte d'air comprimé, pendant une à deux heures, pour prendre son bain d'air, qu'à se mettre dans une baignoire ordinaire. Il est beaucoup moins effrayant à prendre qu'un bain froid. C'est un moyen actif, mais qui n'a plus rien de dangereux quand il est bien administré.

Effets physiologiques et applications thérapeutiques de l'air comprimé, par le docteur J.-A. Fontaine ; un volume grand in-8, avec 7 figures intercalées dans le texte. Librairie *Germer Baillière*. Exposé succinct et méthodique des expériences et des théories les plus concluantes à cet égard avec observations à l'appui d'après les auteurs. Au lieu d'un ouvrage original, c'est un résumé classique. Sous forme d'introduction, il débute par un examen de tout ce qui a été fait sur ce sujet avant la période d'application thérapeutique. Les divers appareils employés dans l'industrie sous les noms de cloche à plongeur, scaphandre, nautilus, bateaux à air, tubes et caissons, sont passés en revue aussi bien que la ventouse Junod et les appareils Pravaz et Tabarié dans leurs applications à la médecine. C'est l'origine de la thérapeutique pneumatique dans ce qu'elle a de plus élémentaire et qui permet de mesurer les progrès, les améliorations et les perfectionnements qu'elle a subis depuis.

La question s'est en effet bien étendue et précisée. En soumettant les animaux à diverses pressions barométriques,

on a pu mesurer la quantité de gaz dissous ou combinés dans leur sang et étudier ainsi les effets qui en résultaient. Une comparaison facile s'en établissait par les effets observés sur les ouvriers soumis au vide ou travaillant dans les tubes, les caissons, comme sur les plongeurs et les habitants des hauts lieux, des voyageurs sur les montagnes et les plateaux et même sur les aéronautes s'élevant dans l'air. De là la connaissance de l'action débilitante, anémiante de l'air raréfié sur le sang et toutes les fonctions organiques, et les effets contraires produits par l'air comprimé. Comme l'organisme privé d'aliments prend sur lui-même les matériaux propres à s'entretenir, Rameaux de Strasbourg a découvert ce fait rassurant que, en l'absence d'air, d'oxygène, c'est-à-dire sous l'influence de la décompression, l'excès des gaz dissous dans le sang reprend l'état gazeux pour le revivifier. C'est la soupape de sûreté d'une compression d'air exagérée.

L'action stimulante, tonique, fortifiante de l'air comprimé, ainsi établie sur l'homme et les animaux, il n'y avait plus qu'à l'appliquer aux malades. Son effet direct sur les voies respiratoires l'a tout d'abord fait employer avec succès contre l'asthme, l'emphysème pulmonaire, la coqueluche, le catarrhe, la bronchite chronique et jusqu'à la phthisie, comme prophylactique et curatif dans ses formes torpides et apyrétiques. Par ses effets généraux, l'action en a été étendue à l'anémie, la chlorose et toutes les affections, les cachexies non spécifiques, chaque fois que l'organisme a besoin d'être tonifié, reconstitué. L'air étant l'aliment par excellence et le plus facilement absorbé, surtout par la voie pulmonaire, le bain d'air comprimé est devenu d'un usage très-étendu.

Ce n'est pourtant pas que les résultats en soient rapides. Son action instantanée n'est que passagère et il faut toujours un certain nombre de bains pour en obtenir un effet sensible, durable.

C'est à indiquer la manière d'employer ce nouveau moyen thérapeutique, à en poser les indications et les contre-indications, à en montrer les résultats, que l'auteur s'est principalement appliqué. Les trois quarts environ de son livre y sont consacrés et les praticiens trouveront abondamment de quoi se renseigner. On pourrait même désirer

plus de synthèse s'il ne s'agissait d'une méthode encore peu connue à un certain nombre d'entre eux.

Étude clinique et expérimentale sur l'action de l'air comprimé et raréfié dans les maladies des poumons et du cœur, par le docteur J. Lambert. Paris. Moins volumineux et plus limité que le précédent, ce travail est aussi plus original, plus concret et condensé. Il résulte d'expériences et d'observations personnelles et les résultats n'en sont pas toujours d'accord avec les anciennes. C'est ainsi que l'application de l'air comprimé est estimée préférable à la digitale dans certaines maladies du cœur, l'hypertrophie du ventricule gauche par exemple, surtout dans les cas de congestion pulmonaire. Cet ouvrage complète donc l'autre, mais n'en saurait tenir lieu.

ALBUMINURIE. Sa fréquence et son rôle symptomatique augmentent à mesure que l'on étudie mieux ce trouble des urines. Les reins acquièrent ainsi une prépondérance considérable en pathologie par le retentissement direct ou sympathique que les diverses maladies générales infectieuses exercent sur ces organes et les modifications, les troubles qu'elles apportent dans leurs sécrétions. A lui seul, ce symptôme est une contre-indication formelle à l'administration des médicaments actifs, les alcaloïdes et les salicylates en particulier, dont l'élimination a lieu par les urines. Ils sont ainsi arrêtés au passage et déterminent des accidents toxiques. (Voy. Néphrite.) Que d'additions n'y aurait-il pas à faire au traité de Rayer si l'on en faisait une nouvelle édition !

Elle a été ainsi observée de nouveau par deux médecins allemands pendant les accès de *delirium tremens* (Voy. *ce mot*) et dans le morphinisme. M. Trélat l'a signalée dans deux cas de lymphangite diffuse grave des membres inférieurs recueillis dans son service de la Charité. Une néphrite catarrhale, marquée par une quantité croissante d'albumine et le dépôt proportionnel de cylindres granuleux, en a été le signe caractéristique dans ces deux cas. Elle débuta avec la lymphangite dans le second et évolua comme elle. La marche suraiguë de la lymphangite qui, cinq jours après son début, occupait toute l'étendue du membre inférieur, était indiquée, dès le troisième, par la présence d'une quan-

tité considérable de cylindres épithéliaux granuleux dans l'urine. Elle avait cessé un mois après dans ce cas et après deux mois dans l'autre. (*Gaz. des hôp.* 1876.)

Elle constitue donc une complication grave de ces maladies et devient ainsi, par la répétition de l'hypérémie prolongée des reins, un danger de plus pour les malades.

N'est-ce pas d'ailleurs le cas toutes les fois que les humeurs sont altérées par la généralisation de la maladie? En charriant des produits hétérogènes, la circulation doit en déposer dans les organes parenchymateux où le sang est filtré, pour ainsi dire, comme dans les reins. On sait déjà, par des preuves incontestables, que les altérations de l'appareil circulatoire ont une participation directe dans l'albuminurie. Traube l'a prouvé pour le cœur, et Gull et Sutton pour les vaisseaux. Au lieu d'admettre que la maladie débute toujours par le rein, certains faits prouvent le contraire, comme on peut en juger par le suivant recueilli à la clinique du professeur Lasègue.

Un chapelier de 43 ans entre le 12 mai à la Pitié pour de l'enflure des jambes, des palpitations et de la dyspnée. Neuf mois auparavant, il avait eu des étourdissements avec céphalalgie et malaise général. Il fit ensuite des excès alcooliques; au mois de janvier survinrent les accidents suivants, disparaissant et revenant à intervalles irréguliers. La face est pâle, jaune, bouffie, les membres inférieurs infiltrés. Respiration courte, rapide, saccadée. Battements du cœur vigoureux; submatité au sommet et à la base, matité précordiale très-étendue. Urine trouble et rougeâtre, un litre et demi par jour contenant 8 à 9 grammes d'albumine et d'une densité de 1027.

Il suffit d'une infusion de 30 centigrammes de feuilles de digitale pour faire disparaître tous ces phénomènes alarmants en huit jours. L'urine, abondante et claire, ne contient plus que deux grammes d'albumine par litre, tandis que l'urée s'élève de 15 à 18 grammes.

Mais cette amélioration est toute passagère. Dès le 25 mai, la vue se trouble. La dyspnée reparaît, il y a des râles sous-crépitants et des frottements avec submatité sans résonnance vocale. Le cœur bat convulsivement avec bruits sourds et lointains, l'urine reprend son premier caractère et, malgré des alternatives de mieux et de pis, le malade

succombe tout à coup, comme en syncope, le 3 juillet.

L'autopsie montre toutes les grandes séreuses : plèvre, péricarde, péritoine, épaissies et adhérentes aux organes qu'elles recouvrent et aux parties environnantes.

Cœur de bœuf type, hypertrophié, rouge, très-dur et résistant, pesant 810 grammes. Valvules épaissies avec des plaques blanchâtres athéromateuses.

Poumons transformés en une masse rouge sombre, très-congestionnés et crépitant mal, sans hépatisation vraie, poids 1600 grammes.

Anses intestinales soudées ensemble et très-congestionnées.

Reins volumineux, durs, fermes, capsule épaissie, adhérente, opaque, surtout à droite.

Foie gros, ferme, résistant, pesant 1700 grammes et adhérent au diaphragme.

Rate très-grosse, 360 grammes, fortement adhérente au péritoine, résistante au toucher avec saillies laiteuses de la capsule.

Au contraire, cerveau très-mou, aplati, affaissé; méninges exsangues, tissu pâle, mou, infiltré et comme œdématié. Artères athéromateuses.

Où distinguer là l'organe malade? Tous sont uniformément pris. Avec l'état du sang résultant de cette congestion, cette phlogose générale, comment les reins auraient-ils pu fonctionner librement et donner une urine normale? Ce n'était ni le rein contracté, dur, couenneux, jaunâtre, ni le gros rein blanc, c'était le rein *engorgé* de M. Kiener.

L'albuminurie n'était donc ici qu'un phénomène de l'état général. Aussi la mort est-elle survenue par le cœur.

Il en est de même de l'observation qui suit de sclérose viscérale généralisée, recueillie dans le même service clinique. L'athéromasie généralisée du système artériel témoigne aussi de son influence sur la production de la néphrite interstitielle et tend à l'englober dans un complexus où se trouverait intéressé l'organisme tout entier.

Attaques convulsives. Après une perte de connaissance en pleine santé en 1871, une femme de soixante et onze ans est prise, à divers intervalles ensuite, d'accidents analogues, jusqu'en 1876 qu'elle est apportée à la clinique de la Pitié

le 15 octobre, en pleine crise convulsive, qui dura de midi à six heures du matin avec cris et plaintes alternant avec un coma profond. Urines pâles contenant 2 grammes d'albumine par litre, soit 3 grammes 20 par jour, la malade rendant 1600 grammes d'urine. Nouvelle attaque le surlendemain, puis le 2 et 3 janvier, qui détermine la mort.

L'autopsie démontre une hypertrophie cardiaque considérable sans aucune altération valvulaire. Reins très-petits, ratatinés et durs, à surface bosselée, irrégulière, grisâtre ici, violacée là, avec disparition presque entière des pyramides moyennes, remplacées par un tissu de nuance grisâtre, parsemé de fines granulations blanchâtres. Capsule adhérente. Atrophie notable de la rate et du foie, parsemé de petites nodosités grisâtres et ne pesant que 920 grammes. Des plaques jaunâtres superficielles de ramollissement se rencontrent en plusieurs endroits du cerveau sans lésions appréciables au centre. (*Arch. de méd.* février.)

Malgré la sclérose viscérale généralisée qu'il a constatée, M. Hanot rattache cependant les accidents aux lésions cérébrales; rien dans les accès ne rappelait en effet les convulsions éclamptiques sinon la perte de connaissance et l'absence de souvenir de l'accès. On a dit seulement à la malade qu'elle se débattait comme dans une attaque de haut mal. Entre ces crises, la santé était bonne et il n'y a jamais eu ni troubles de la vue ni vomissements. Un affaiblissement progressif et un amaigrissement considérable sont les seuls faits à rapporter à l'albuminurie. Il y aura donc à examiner le cerveau dans les cas analogues.

Ceci nous amène naturellement à parler de l'*albuminurie d'origine nerveuse* dont le professeur Teissier, de Lyon, a entretenu le dernier Congrès de l'Association française. Si l'on peut parler d'une origine nerveuse quand, en piquant le quatrième ventricule dans un point ou dans un autre, comme M. Cl. Bernard, on fait naître à volonté le diabète ou l'albuminurie ou quand on trouve, comme M. Gubler, des lésions de l'isthme encéphalique, c'est bien ; mais rattacher l'albuminurie à des symptômes nerveux aussi complexes et divers que la migraine, les troubles de la vue, les vertiges, l'insomnie, l'inaptitude intellectuelle, la mélancolie ou l'hypochondrie, la faiblesse des membres, la gêne

dans la miction, l'agénésie, voire même des apoplexies, des hémiplégies, c'est reconnaître implicitement que les grands troubles et les lésions du système nerveux déterminent ce phénomène comme ceux du système circulatoire, respiratoire, digestif et tous les grands troubles généraux de l'économie. L'absorption, comme toutes les grandes fonctions de l'organisme, ne peut être entravée, sans qu'aussitôt tous les organes s'en trouvent troublés et plus ou moins lésés suivant leur rôle. Il y a solidarité des organes entre eux comme entre leurs fonctions. Rattacher au système nerveux seul l'albuminurie qui se présente concurremment avec des phénomènes cardiaques et pulmonaires, de la dyspnée, des palpitations, de la péricardite, la dyspepsie, l'arthritisme, etc., comme dans les observations de M. Teissier, c'est montrer que tout l'organisme est envahi, que c'est là une maladie sans siége précis, *incertæ sedis*, sinon le rein où passe l'albumine. L'alternance de celle-ci avec le sucre, les urates, les phosphates, comme le montrent certains faits, prouvent bien que l'organisme est altéré en entier et que ces organes, malades eux-mêmes, n'ont plus à recevoir, à distiller que des humeurs, des liquides altérés dans leur composition. Ce n'est donc pas avancer la question que de rapporter ainsi l'albuminurie à un système tout entier. (*Gaz. hebd.* nº 39.)

Albuminurie tardive dans la fièvre typhoïde (V. *ce mot*).

Albuminurie traumatique. Bien que l'apparition de l'albumine ne soit pas rare dans l'urine des blessés et des opérés, on ne connaît encore guère les rapports de ce phénomène avec le traumatisme. Est-ce celui-ci par lui-même qui retentit sur le rein ou l'état grave, les complications qu'il détermine comme le phlegmon, l'érysipèle, la lymphangite, l'anthrax? L'observation suivante tend à résoudre cette question.

Un couvreur de 29 ans, ivre, tombe d'un troisième étage et se fracture les deux os de l'avant-bras gauche au-dessus du poignet, avec chevauchement considérable des fragments et saillie du radius. Apporté à l'hôpital Saint-Antoine aussitôt après l'accident, le 3 juin, il est pris d'un accès de delirium tremens le 6. Le pansement est arraché et, dès le

lendemain, un violent phlegmon de l'avant-bras se développe dans tout le membre qui suppure abondamment jusqu'au 20. Les os fracturés sont dénudés très-profondément. La suppuration diminuait cependant lorsque, le malade s'affaiblissant, M. Terrillon constate, le 10 juillet, de la bouffissure de la face, avec œdème des malléoles. Une assez grande quantité d'albumine se rencontre dans l'urine et augmente le lendemain. Néanmoins, devant les lésions incurables de l'avant-bras, M. Terrillon n'hésite pas à pratiquer l'amputation du bras, le 12 juillet, malgré l'existence de l'albuminurie. Dès le lendemain, elle diminue ainsi que l'œdème et l'opéré semblait en voie de guérison lorsque, le 23 juillet, l'albuminurie reparaît et augmente simultanément avec un écoulement séreux très-abondant de la plaie d'amputation qui se fane et se couvre de pus concret. Une attaque d'urémie se déclare avec coma, trismus, insensibilité, suppression d'urine, pupilles contractées, déglutition impossible.

C'est seulement le 26 que l'accès diminue, l'urine ne contient plus d'albumine et continue à être normale les jours suivants, l'appétit et l'amélioration sont si rapides que l'opéré sortait parfaitement guéri le 8 septembre. (*Revue de méd. et chir.* mars.)

Rien ne montre ici que le traumatisme de la blessure pas plus que de l'amputation ait déterminé l'albuminurie. Celle-ci, au contraire, la fait disparaître immédiatement pendant dix jours au moins et elle ne reparaît que sous l'influence de symptômes d'urémie des plus graves et cesse complétement avec eux trois jours après. L'état général semble donc être la seule cause de cette complication.

Si l'on peut admettre, avec M. Verneuil, qu'une néphrite antérieure ou une prédisposition albuminurique puisse être rappelée et même aggravée par un traumatisme, ce fait prouve au contraire qu'il ne développe pas l'albuminurie d'emblée.

Danger des médicaments actifs. — Voy. Néphrite.

Albuminurie de la grossesse. D'après les recherches du docteur Petit, faites à l'hôpital Saint-Antoine, les primipares y sont le plus exposées et c'est surtout chez elles qu'il

faut chercher à la prévenir. Elle est beaucoup plus fréquente au moment de l'accouchement que pendant la grossesse et c'est ainsi qu'elle survient plus souvent que l'on ne croit si l'on ne tient compte que de l'albuminurie gravidique.

Celle-ci est la plus nocive pour le fœtus. Mais comme elle est produite souvent par le volume même de celui-ci, il n'en est pas le plus souvent influencé.

Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes, par le docteur Petit; in-8 de 72 pages. Paris.

Avortement. Un cas évidemment exceptionnel par son étrangeté et qui doit avoir une cause étrangère et cachée fait émettre à M. Martin les trois propositions suivantes :

1° Qu'elle peut survenir dès les premiers mois;

2° Qu'elle résulte d'une influence vitale ;

3° Que l'avortement en arrête le développement et les symptômes.

On sait que l'albuminurie se montre généralement vers la fin de la grossesse, ce qui l'a fait attribuer à l'action mécanique de l'utérus gravide sur les veines dilatées, et que pour se montrer dans une grossesse, elle ne reparaît pas ordinairement dans les grossesses consécutives. Ce fut le contraire dans le cas en question. Une femme est prise de convulsions éclamptiques au huitième mois de sa troisième grossesse. Elle accouche heureusement d'un enfant vivant et, cinq semaines après, l'urine était claire, sans albumine et la femme guérie. Ici, rien d'extraordinaire.

Seize mois après, début d'une nouvelle grossesse. La femme se plaint de maux de tête, de troubles de la vue, et de l'albumine existe dans l'urine. Un traitement est tenté en vain pour la faire disparaître et l'avortement est refusé par le médecin. Mais la femme va trouver un *abortionnist* qui introduit une sonde dans l'utérus. A la septième fois, l'avortement d'un fœtus de trois mois environ a lieu. Mais, dès la première introduction, tous les symptômes urémiques avaient cessé et l'albumine disparut aussitôt après l'avortement.

Nouvelle grossesse deux ans après et nouvelle albuminurie au début avec symptômes urémiques. L'avortement provoqué à deux mois amène la guérison.

Un an après, cette femme redevient enceinte et, dès les

premiers mois, elle accuse de violentes céphalalgies occipito-frontales avec mouches volantes, amblyopie passagère, insomnie et albumine abondante dans l'urine. L'avortement est encore provoqué par l'introduction d'une sonde le 25 septembre. Dix jours après, l'albuminurie avait notablement diminué ainsi que les symptômes urémiques. L'avortement eut lieu le 15 octobre et, quinze jours après, il n'y avait plus trace d'albuminurie. (*London med. Record*, 15 février.)

A quoi attribuer cette albuminurie persistante dès le début de trois grossesses successives et surtout des symptômes urémiques si marqués ?... Si l'excellente santé de cette femme et l'absence de troubles urinaires dans l'intervalle des grossesses excluent l'idée d'une affection rénale, il fallait en rechercher la cause ailleurs. Dans tous les cas, ériger l'avortement en règle est indigne d'un médecin et ne peut se formuler que dans un pays comme les États-Unis.

Jaborandi. Une femme enceinte de trois mois, qui offrait depuis six semaines de l'œdème des jambes, éprouvait de l'oppression avec rareté des urines très-albumineuses et tous les signes qui précèdent l'éclampsie. On émettait déjà l'idée de provoquer l'avortement quand le docteur Langlet, craignant que le régime lacté n'eût pas le temps d'agir, administra une infusion de 3 grammes de feuilles de jaborandi. En outre de la salivation, il y eut une augmentation considérable de l'urine et, dès lors, il continua pendant seize jours sans interruption, la résorption persistant sans accident. L'albumine disparut des urines et cette femme accoucha à terme d'un enfant bien portant. (*Union méd. de l'Est.*)

Si tout est bien qui finit bien, on ne peut cependant s'empêcher de faire des réserves sur un pareil traitement. Que l'albuminurie provienne de la congestion rénale ou autrement, il est certain que le jaborandi, en lui imprimant une suractivité physiologique, pouvait déterminer des accidents d'intoxication. Une hématurie eut lieu ainsi dans le cours du traitement par suite de l'excès de travail imposé aux reins. Il est probable d'ailleurs, d'après cet effet diurétique inusité du jaborandi, que le régime lacté eût suffi à le provoquer sans le même danger. On doit donc lui donner

d'abord la préférence et n'administrer le jaborandi ensuite que par périodes de 3 à 4 jours consécutifs.

ALCOOLISME. Sur les 2,809 malades aliénés, amenés ou envoyés à l'infirmerie spéciale près la Préfecture de police de la Seine en 1876, dont 1,677 hommes et 1,132 femmes, l'alcoolisme existait chez 776, plus du tiers, soit 633 hommes et 143 femmes, ou 36 pour 100 chez les hommes et 12 seulement chez les femmes. — Voy. DELIRIUM TREMENS.

Hypertrophie ganglionnaire. Aux troubles de nutrition, aux dégénérescences produites par l'abus de l'alcool, notamment dans le cerveau, le foie et la rate, le docteur P. Olivier, de Rouen, ajoute une lésion à peine signalée jusqu'ici. C'est l'hypertrophie des ganglions. Par son action sur le système lymphatique, l'alcool produirait ainsi la leucocythémie et toutes ses conséquences spléno-hépatiques. Isambert a noté 6 fois l'alcoolisme sur les 73 cas de leucocythémie et d'autres auteurs en ont cité également. Celui que rapporte M. Olivier n'est donc pas isolé.

Il s'agit d'un menuisier de 61 ans, sans antécédents syphilitiques, n'ayant jamais été malade, mais faisant de très-nombreux excès alcooliques au point de boire parfois jusqu'à un litre d'eau-de-vie en un jour. Il entre à l'hôpital général de Rouen, pour des glandes aux coudes remontant à plus de vingt ans sans augmentation. Elles se sont généralisées, depuis quelques mois seulement, dans les aisselles, surtout à droite où elles ont le volume de deux poings, puis au cou et aux cuisses, en augmentant rapidement de volume et coïncidant avec une éruption de pemphigus bulleux. Rien au cœur ni au foie, mais la rate déborde un peu les fausses côtes. On trouve aussi un noyau dur comme une noix dans la queue de l'épididyme. Toutes les fonctions autrement s'exécutent bien, seulement il perd ses forces et a des étourdissements. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Bientôt la diarrhée survient, puis les vomissements, la céphalalgie augmente, la vue se trouble et l'ophthalmoscope révèle des hémorrhagies intra-oculaires. Nombreux leucocytes dans le sang, développement des ganglions, céphalalgie croissante, délire, coma, bref, une pleurésie

emporte le malade, six mois environ après son admission. C'est une complication assez fréquente de la leucocythémie, car elle est notée 17 fois sur 100 par M. Jaccoud dans son Dictionnaire.

L'autopsie montra des lésions en rapport avec les symptômes observés : hémorrhagies méningées du cerveau et du rachis, hémorrhagies rétiniennes, hypertrophie considérable des ganglions de toutes les parties du corps, présentant un suc crémeux abondant composé de cellules granuleuses; reins cirrhotiques, foie graisseux de 1,550 grammes, rate de 380 avec des cellules analogues à celles des ganglions, abondance de leucocytes dans le sang.

C'est donc une leucocythémie aiguë qui s'est développé en quatre mois environ sur un terrain préparé depuis vingt ans par une hypertrophie ganglionnaire généralisée. Ce symptôme serait ainsi un mauvais signe chez les alcooliques et comme le prélude de leur intoxication. (*Soc. méd. des hôp.*, août 1876, et *Union méd.*, nos 26, 27 et 29.)

ALIÉNATION MENTALE. Le dernier rapport officiel de la commission des aliénés en Angleterre fait au chancelier accuse une nouvelle augmentation ; au 1er janvier 1876, le nombre d'aliénés idiots, et de personnes non saines d'esprit, *unsound-mind*, s'élevait à 64, 916, soit 1123 de plus qu'au 1er janvier 1875. Cette augmentation, n'étant pas comparée avec la population, n'est peut-être qu'apparente.

Folie à deux. Elle ne peut pas plus avoir lieu entre deux aliénés qu'entre un fou et une personne raisonnable, saine d'esprit. Un aliéné, quelle que soit la forme de son délire, résiste avec autant d'obstination aux arguments que l'on invoque contre lui qu'une personne sensée aux divagations, aux invraisemblances d'un fou. Si la contagion, la communication de la folie est réelle par le contact, la fréquentation des aliénés, ce n'est que dans des conditions particulières et toutes spéciales que MM. Lasègue et Falret résument ainsi :

1° Vie commune, prolongée dans le même milieu, partageant le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances et en dehors de toute influence extérieure.

2° Parents ou conjoints; l'un des deux est l'élément actif. Plus intelligent, il crée le délire et l'impose progressivement au second, élément passif, qui, plus raisonnable, mais faible, prédisposé, subit peu à peu la pression de son congénère tout en réagissant à son tour sur lui pour rectifier, amender ou coordonner le délire qui leur devient ainsi commun et qu'ils répètent dans les mêmes termes et d'une façon presque identique.

3° La condition indispensable de cette contagion, c'est que le délire ait un caractère de vraisemblance, de possible, et repose sur des faits passés, des craintes ou des espérances. Cette vraisemblance seule le rend communicable d'un individu à un autre. La folie doit donc être spéciale comme la position des individus pour que cette communication ait lieu.

Cette variété de la folie est plus fréquente chez la femme. Des observations types chez des sœurs, la mère et la fille, la tante et la nièce, des amies, mais on l'observe aussi chez l'homme et la femme, le frère et la sœur, la nièce et le neveu, et même entre étrangers. Si l'hérédité peut être invoquée dans la majorité des cas, l'influence seule du rapprochement, de l'exemple peut suffire parfois. C'est ainsi que la pression morale de l'agent actif sur l'agent passif, en se doublant et se perfectionnant, peut s'étendre à d'autres personnes de l'entourage.

L'indication thérapeutique consiste à séparer les malades en plaçant l'agent actif dans une maison d'aliénés. L'autre peut alors guérir. Il n'est souvent aliéné que sur l'objet spécial du délire qui lui a été communiqué et peut causer raisonnablement de toutes choses malgré sa faiblesse d'esprit. (*Arch. de méd.* septembre.)

Action de la surdité. De même que la cécité et la suppression d'autres impressions sensitives ont été notées comme la cause de conceptions délirantes, M. Luys a rencontré 20 fois la surdité sur une série de 531 aliénés, et 9 fois la surdité existait chez les ascendants de ces aliénés. C'est donc une proportion de 5,45 pour 100. Le plus souvent, la surdité s'est déclarée d'une façon lente, insidieuse et presque à l'insu des malades, après une durée plus ou moins prolongée d'hallucinations auditives ou de troubles maniaques,

sans jamais être accompagnée de douleur ni d'accident quelconque du côté des oreilles.

Cette forme spéciale de surdité n'est pas toujours permanente. Des aliénés, dont le mutisme plus ou moins complet semblait indiquer qu'ils étaient complétement sourds, percevaient accidentellement quelques sons vocaux. Mais comme si une sorte d'usure sensorielle la déterminait chez les individus fortement ébranlés par des hallucinations auditives, trois de ces aliénés sont devenus complétement sourds.

La surdité héréditaire prédispose aussi à l'aliénation puisque 9 aliénés avaient été conçus par des parents sourds. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, nº 4, septembre.)

Fractures des côtes. Cet accident, signalé fréquemment dans les asiles anglais pendant ces dernières années, avait été attribué à la brutalité des infirmiers. Plusieurs ont même été emprisonnés, poursuivis, sinon condamnés, pour s'être livrés à des voies de fait ayant causé ces fractures. Des recherches plus attentives ont montré que les fractures étaient spontanées et causées par une altération particulière des os des aliénés; sorte d'ostéomalacie, consistant dans la raréfaction de la substance compacte et la dilatation des espaces médullaires, qui paraît tenir à la nutrition générale ou à des troubles trophiques sous la dépendance des lésions des centres nerveux.

Telle est la fréquence de ces lésions que le docteur Morselli en a observé cinq cas dans l'espace de quatorze mois, sur des aliénés de l'asile Reggio-Emilio d'Italie où la plus sévère surveillance est exercée sur les infirmiers. Deux étaient atteints de lypémanie pellagreuse âgés de 59 et 71 ans; deux d'épilepsie maniaque, de 28 et 69 ans, et le dernier d'alcoolisme. On trouva, à l'autopsie de ces cinq aliénés, des fractures multiples du sternum et des côtes dont quelques-unes étaient consolidées avec des lésions avoisinantes diverses, abcès, adhérences, épanchements dont le détail se trouve dans les observations. (*Rivista sperim. de freniatria*, 1876.)

Ce fait est d'autant plus remarquable qu'il n'a pas été signalé jusqu'ici dans les autres asiles. Si cette ostéomalacie dépendait de l'aliénation, elle se manifesterait partout. Des recherches sur les cadavres peuvent donc éclairer ce point,

et en empêchant les aliénés de se livrer à des mouvements exagérés, désordonnés, on aura bientôt le mot de l'énigme.

Aliénation morale. Sous le titre de *moral insanity*, une forme distincte d'aliénation est admise aux États-Unis. Le docteur Ray, directeur de l'asile Butler à Providence, en a été le principal initiateur et a écrit à ce sujet un livre qui a eu plusieurs éditions, mais sans apporter d'observations à l'appui. Elle consiste dans le trouble ou la perte des facultés morales, malgré une intelligence et une santé parfaites; c'est la folie instinctive de M. Despine. (*V. année* 1875.)

La question de savoir si les faits justifient cette distinction a été posée par le docteur Patterson de l'Illinois au dernier meeting de l'Association médicale américaine, tenu à Chicago au mois de juin dernier. Il conclut négativement d'après la diminution marquée des cas de ce genre inscrits dans les dernières statistiques des divers asiles et aussi parce que l'on ne voit personne atteint d'insanité morale avec intelligence intacte. L'admission de ce terme en médecine légale serait même très-dangereuse en fournissant de spécieuses raisons de défense à certains avocats en faveur de véritables criminels, comme il en cite des exemples.

Très-peu de sommités admettent cette forme aujourd'hui. Le docteur Gray, inspecteur de l'asile de l'État de New-York, refuse de la reconnaître contrairement à son prédécesseur. Depuis vingt-un ans que le docteur Battey a l'inspection des asiles de la Georgie, qui comptent plus de 1200 aliénés, il n'a pas constaté un seul cas de *moral insanity*. Elle n'existe pas, dit le docteur Knight, si ce terme implique l'état normal de toutes les facultés, excepté celle du moral. Il y a des enfants en parfaite santé dans les colonies pénitentiaires qui veulent plutôt le mal que le bien. Ils cherchent à éviter la punition, mais son application ne leur fait aucun bien. Ils dorment et mangent et leur esprit semble assez clair, mais il n'est pas douteux qu'ils soient responsables.

Le docteur Séguin, de New-York, et le docteur Buck, du Canada, se sont seuls déclarés partisans de l'aliénation morale. Le premier en s'appuyant sur ce que des enfants sont introduits dans les asiles d'idiots sans en avoir aucun signe et sains de corps et d'esprit, mais avec l'impulsion

inévitable à mal faire. Il a vu un garçon qui essaya à plus de vingt reprises de mettre le feu. Il savait qu'il faisait mal, mais cette impulsion était indomptable. Il finit cependant par guérir et est maintenant un bon citoyen.

Le second n'a pu trouver aucun trouble intellectuel chez deux individus que leur perversion morale ne pouvait laisser vivre en société. L'un était une femme savante, propre, intelligente et en parfaite santé qui était sujette à de violentes attaques de passion avec des tendances à errer. L'autre était un homme dont l'esprit était assez sain pour l'avoir aidé à gagner une grande fortune. Il jouissait d'une bonne santé, mais, en liberté, il maltraitait sa famille et commettait d'autres actes répréhensibles (*Boston med. and surg. journal*, nº 24.)

Ces exemples suffisent à montrer combien cette nouvelle appellation a peu de fondement et combien il serait facile de les classer dans la nosologie actuelle, mais sans prétendre qu'il n'y a pas de lésions de l'intelligence, car, dès que l'on ne peut raisonner sainement sur ses actes ni s'en corriger, l'intelligence ni la raison, ni la volonté ne sont plus libres.

Exhibitionnistes. M. Lasègue décrit un état intermédiaire entre la folie et la raison qui se rencontre souvent chez les aliénés persécutés. Le sens génital étant celui qui se prête le mieux à des perversions compatibles avec un exercice suffisant de l'intelligence, ces malades, presque toujours des hommes, se livrent à des exhibitions publiques de leurs organes génitaux; exhibitions à distance, sans manœuvres ni aucune tentative lubrique, avec retour régulier aux mêmes lieux, aux mêmes heures, devant les mêmes personnes et non au hasard devant des passants. Ces actes portent ainsi l'empreinte pathologique. Leur instantanéité, leur périodicité, leur non-sens reconnu par les malades, l'absence d'antécédents génésiques et la limitation de cette exhibition sans but, permettent d'affirmer l'existence de la maladie, malgré ses intermissions absolues.

Les exemples cités se rapportent à des hommes, ayant depuis 25 ans jusqu'à 60 et plus, qui tous ont fini par présenter des accidents cérébraux : vertiges, troubles intellectuels, attaques d'épilepsie, hémiplégie, paraplégie. L'aber-

ration génésique n'est qu'un anneau de la chaîne des perversions intellectuelles. (*Union méd.* n° 30.)

AMPUTATIONS. *Réunion immédiate.* Il en est de plus en plus question, à Lyon; on doit la rechercher maintenant que l'on possède le pansement de Lister et le drainage, dit le docteur Aubert. Le premier donne une plus grande facilité pour l'accolement des lambeaux et le second prévient les fusées purulentes. Employé par MM. Guyon et Lucas Championnière dans les hôpitaux de Paris, le pansement phéniqué leur a souvent donné en effet une réunion immédiate. Elle doit être tentée non-seulement dans les petites amputations des doigts et des orteils, suivant M. Letiévant, mais celles de l'avant-bras et du bras, de la jambe et de la cuisse. Il l'a obtenue ainsi à l'hôtel-Dieu de Lyon dans 9 grandes amputations, de septembre 1876 à avril suivant, savoir : 2 amputations de cuisse, 5 de jambe et 2 du bras et de l'avant-bras, avec un moignon remarquable par sa régularité et sa forme. Malgré un érysipèle survenu dans le second cas, la réunion immédiate s'est parfaitement maintenue sans donner une goutte de pus.

Il l'a obtenue également après les extirpations de tumeurs et les résultats en sont aussi satisfaisants à l'hôpital qu'en ville. Tandis que ces réunions n'étaient que l'exception, il y a deux ans, M. Letiévant en considère aujourd'hui le succès comme habituel.

Aux conditions qu'il a formulées pour l'obtenir (V. *année* 1875), il ajoute celle de la ligature avec le catgut, qui peut se résorber, faire la suture métallique à points passés, mais surtout placer de petits drains phéniqués aux angles des lèvres de la plaie réunie. Ils ne doivent rester que les premiers jours pour opérer le dégorgement facile des premières exsudations du moignon. (*Soc. des sc. méd.* février et juin, et *Lyon méd.* n°s 18 et 25.)

Le professeur Azam signale aussi les avantages qui en sont obtenus par les chirurgiens de Bordeaux, à l'aide de sa méthode de réunion par première intention de toutes les parties qui en sont susceptibles, grâce au drainage profond, à la suture profonde et à la suture superficielle, comme il l'a exposée (V. *année* 1873.) D'après une enquête sommaire, ses succès comme sûreté et rapidité de guérison sont vrai-

ment remarquables. Sur 202 opérés qui en ont reçu l'application, il n'y a eu que 12 morts, comme il résulte de la statistique suivante :

Amputations de cuisse	30 op.	6 morts
— de jambe	33	3 —
— de bras	5	0 —
— de pied	1	0 —
— d'avant-bras	8	0 —
Résections	2	0 —
Désarticulations	3	1 —
Tumeurs diverses	108	2 —
Autres opérations	12	0 —
Total	202 op.	12 morts.

Ces résultats sont bien de nature à faire revenir sur l'emploi de la suture profonde, rejetée en général dans les hôpitaux de Paris. Une grande partie des succès de la méthode antiseptique de Lister est en effet attribuée par M. Pozzi à la perfection de la coaptation obtenue avec la suture profonde que ce chirurgien applique sur les lambeaux d'amputation. On pourrait la joindre ainsi au pansement phéniqué ou au pansement ouaté par occlusion, car c'est en ajoutant des brins de charpie imbibés de collodion, formant une sorte de cuirasse sur la suture superficielle, que M. Denucé obtient ses succès brillants avec la méthode de Bordeaux.

Avec le pansement ouaté, M. Désormeaux obtient en effet, dans presque tous les cas, des réunions par première intention de toutes les parties rapprochées. A cet avantage s'en joint un autre, c'est de diminuer les chances d'infection purulente. Elle est presque supprimée dans son service à l'hôpital Necker, quel qu'en soit l'état sanitaire, toutes les fois que ce pansement a pu être employé suivant toutes les règles.

Le premier appareil est levé au bout de douze à quinze jours, la plaie étant débarrassée du drain, des ligatures et des sutures; le second appareil est encore laissé en place une douzaine de jours, et, lorsqu'on l'enlève, toute la cicatrice est solide.

Ces résultats ont été constants ; toutes les fois que les circonstances ont permis de mettre en contact des lambeaux en bon état, la réunion par première intention n'a pas man-

2.

qué. On ne peut donc douter de l'influence du pansement ouaté sur la réussite. (*Acad. de méd.*)

C'est en effet en associant la réunion par première intention, l'occlusion et le drainage, que le docteur Paquet de Lille prétend réaliser le *nec plus ultra*. Après s'être assuré que l'hémorrhagie ne se produit pas, il nettoie la plaie et assèche les téguments aussi complétement que possible, fait ensuite sur la face postérieure du membre, jusqu'à 18 centimètres au-dessus de la plaie, des traînées longitudinales avec le collodion le plus agglutinatif. Sur chacune de ces traînées, d'un centimètre de large environ, on fixe, l'un à côté de l'autre, des lacets de corset en coton, dont on étire la trame afin qu'ils s'imbibent plus facilement de collodion. Ces lacets, en nombre voulu, selon le volume du membre, doivent adhérer aux téguments en arrière sur une longueur de 10 centimètres et libres à 2 millimètres au-dessus des bords de la plaie, dépassant également la plaie de 10 centimètres au moins pour être fixés solidement sur la surface antérieure. Ils doivent être juxtaposés, parallèles à eux-mêmes et perpendiculaires aux lèvres de la plaie.

Les lacets ainsi fixés, on fait, sur toute la surface postérieure, une couche de collodion élastique ou riciné et l'on procède à la réunion. Pendant qu'un aide tient les bords de la plaie rapprochés, le chirurgien exerce des tractions légères et continues sur le premier lacet de la surface postérieure du membre et le fixe aux téguments de la surface antérieure au moyen du collodion agglutinatif. Il place dans la plaie, au-dessous et à côté du premier lacet, à la profondeur de un centimètre, un drain, long de 3 centimètres, dont l'orifice extérieur est fermé à volonté au moyen d'un fausset. Puis il fixe de la même manière les deuxième, troisième et quatrième lacets, après les avoir repliés sur la surface antérieure. A la partie la plus déclive, on a soin de poser un deuxième drain, muni de fausset, et les fils de ligature, ou bien, si l'on a recours à la forcipressure, la pince qui assure l'oblitération de l'artère.

Cela fait, on étend, sur le moignon et les lacets, de nombreuses couches de collodion riciné jusqu'à ce que l'épaisseur de l'enveloppe soit suffisante. On a également soin de bien entourer de collodion, au niveau de la plaie, les drains et la pince à forcipressure, afin de s'opposer le plus possi-

ble à la pénétration de l'air, et de fixer solidement au moignon les accessoires du pansement.

De ce badigeonnage résulte une coque assez résistante qui entoure le membre complétement et favorise immédiatement, après l'opération, le dégorgement sanguin.

L'élasticité de cette enveloppe est telle que l'on n'a pas à craindre l'étranglement quand apparaît la tuméfaction du moignon, avant-coureur de la suppuration. Cet étranglement n'est à redouter que si la compresse est linéaire, annulaire, au lieu d'être répartie sur une large surface.

Le pansement étant complétement sec, on enveloppe le moignon d'un feuillet de ouate maintenu par un triangle de linge.

Les deux drains posés dans la plaie et munis de faussets servent à prévenir la rétention des liquides et la distension douloureuse qui pourrait en être la conséquence. On peut ainsi, sans défaire le pansement, faire des injections et des irrigations, et, à l'exemple de plusieurs chirurgiens, pratiquer des injections de glycérine pour prévenir l'infection purulente.

Le pansement est levé au bout de douze jours; la cicatrisation est alors obtenue; il ne reste à fermer que deux trajets fistuleux à l'endroit même où les drains ont été placés, et dont la cicatrisation consécutive est facile à obtenir. (*Bull. méd. du Nord.*)

Drainage au fil de catgut. — V. DRAINAGE.

Ligature anti-septique de catgut. — V. LIGATURES.

Lésions nerveuses consécutives. En étudiant isolément et comparativement le nerf sciatique après 24 ans d'une amputation de cuisse et les nerfs du bras 5 ans après une amputation du poignet, M. Hayem s'est assuré, qu'outre le renflement ou névrôme terminal jusqu'à l'extrémité supérieure, il y a des modifications qui vont en diminuant graduellement de la périphérie au centre. Les tubes nerveux normaux sont d'autant plus rares que l'on approche de l'extrémité. Il n'y avait plus de tubes à myéline dans les névrômes terminaux des nerfs du bras, tandis qu'on en trouvait quelques-uns dans celui du nerf sciatique divisé. Il

semble donc qu'il y ait régénération réelle de ces tubes à la suite de leur dégénérescence. (*Gaz. hebd.* n° 2.)

Amputation de la jambe. Faite à la partie moyenne par le procédé de Teale, consistant en un grand lambeau antérieur quadrilatère qui recouvre les os et un petit lambeau postérieur, elle a donné à M. Chauvel un moignon qui a permis à l'amputé de se servir utilement d'une jambe artificielle, comme le font souvent les Anglais, en conservant les mouvements de l'articulation du genou. Car les amputés au lieu d'élection et qui se servent du pilon sont exposés à divers inconvénients et surtout à l'hygroma, complication fâcheuse quant aux fonctions du membre, comme MM. Guyon et Le Dentu en citent des exemples. En amputant à la partie inférieure ou moyenne, les opérés marchent facilement et solidement avec un bon appareil prothétique. Il ne s'agit donc pas seulement de choisir la première pour les pauvres, les ouvriers qui ne peuvent se procurer que le vulgaire appareil; il est plus important de ne pas supprimer les fonctions du genou. Amputer le plus bas possible pour conserver cette articulation est toujours préférable. On court ainsi moins de dangers pour l'amputation et ses suites.

Le lieu d'élection n'est plus un dogme devant lequel s'inclinent tous les chirurgiens, dit M. Verneuil; la jambe est amputable à toutes les hauteurs; la seule règle est d'amputer assez loin du mal et le plus loin possible du tronc. La résection des nerfs saillants et qui ne se rétractent pas est un moyen d'éviter les névrômes et les moignons douloureux. (*Soc. de chir.* août.)

ANÉMIE. Elle n'est pas constituée seulement par l'aglobulie ou diminution des globules rouges, comme on le croyait au début des études hématologiques, la forme ou plutôt le volume de ces globules en est souvent la caractéristique ainsi que la richesse de leur pouvoir colorant se traduisant par la diminution de leur hémoglobine. Ce dernier fait résulte des récentes investigations de M. Hayem par l'emploi d'un procédé chronométrique pour l'examen du sang dans les différentes espèces d'anémie chronique. Il a constaté ainsi une diminution de sa richesse en hémoglobine avec le colorimètre, se traduisant par l'abaissement de son pou-

voir colorant, hors de proportion avec le nombre constaté des globules, dans toutes les anémies chroniques d'une certaine intensité.

L'altération qualitative de ces éléments est d'autant plus importante qu'elle n'est pas en rapport avec leur quantité. Ce défaut de concordance est en général plus prononcé dans les anémies moyennes que dans les anémies intenses et extrêmes, parce que les dimensions des globules altérés sont presque toujours en raison inverse de leur nombre.

De là quatre degrés différents d'aglobulie ou d'anémie correspondant graduellement à une richesse de 1 à 1,30 du pouvoir colorant.

Le premier ou aglobulie légère comprend les cas où le nombre des globules varie de 4 millions — nombre physiologique — à 3 millions sans altération sensible ou avec une valeur en hémoglobine de 0,90 à 0,70 — 1 étant pris comme la normale. Ces anémies légères, sans diminution du pouvoir colorant du sang, sont importantes à distinguer comme n'étant pas justiciables des préparations ferrugineuses.

Le second est l'aglobulie modérée ou l'anémie d'intensite moyenne où les globules descendent de 3 à 2 millions sans rien d'absolu à cet égard, car leur nombre est souvent augmenté par une proportion plus considérable de globulins ou microcytes, coïncidant avec des globules géants surtout chez les malades qui ont pris du fer. Leur inégalité est ainsi frappante. On peut en trouver de 5 millions et demi à 3 sans que leur richesse colorante s'élève à plus de 0,30. C'est son minimum.

Le troisième est l'anémie intense où l'aglobulie descend de 2 millions 800 à 1 million, dont la richesse en hémoglobine varie de 0,40 à 1, et d'autant plus grande que le nombre des globules est moins élevé. A cette période, en effet, leur volume égale et dépasse même les globules sains et, contrairement à la période précédente, les globules géants prédominent. L'anémie de moyenne intensité est ainsi caractérisée par un grand nombre de globules nains ou microcytes et l'anémie intense par des globules rares mais volumineux, géants. Telle est leur différence.

Le quatrième et dernier degré constitue l'*anémie extrême, dite pernicieuse*. L'aglobulie est alors extrême et peut des-

cendre à un nombre d'un million. Il était tombé à 414,062 chez la malade de M. Ferrand, mais c'étaient des globules géants dont la valeur colorante équivalait à 554,840 globules sains. Leurs dimensions étaient ainsi très-supérieures à la normale. Ils regagnent donc en volume ce qu'ils perdent en nombre.

On voit, par ces différences, que la numération des globules ne suffit plus à constater l'anémie; le dosage de l'hémoglobine est encore nécessaire pour en caractériser la gravité. (*Soc. méd. des hôp.*, juin.)

Anémies progressives. Dans une étude critique où il passe en revue presque tous les faits publiés à ce sujet — 51 — M. Lépine reconnaît qu'elles peuvent avoir pour causes : la misère, des troubles digestifs, des excès de travail, de petites hémorrhagies ou d'autres déperditions de fluides comme la diarrhée, la dysenterie, la gravidité et peut-être une influence nerveuse. Distinguée ainsi étiologiquement de l'anémie produite par le tubercule, le cancer, l'intoxication saturnine ou paludéenne, l'anchylostôme duodénal ou parasitique, etc., elle forme une unité morbide dont le fond commun est l'oligocythémie qui entraîne symptomatiquement la pâleur, les palpitations, les souffles vasculaires et, comme lésion secondaire, la dégénération graisseuse. Outre plusieurs variétés encore douteuses, il admet provisoirement les trois suivantes comme ayant une existence réelle :

Anémie progressive { splénique et médullaire ; gastro-intestinale ; gravidique.

(*Revue mensuelle de méd. et chir.* janvier et février.)

Il reste tant d'autres points étiologiques à élucider que cette classification insuffisante ne peut être considérée que comme un essai prématuré. On peut en juger par les observations suivantes.

Dans un cas observé par M. Ferrand à l'hôpital Beaujon, sur une couturière de 28 ans, enceinte de six mois, cette anémie a présenté ce phénomène remarquable d'une diarrhée abondante, incoercible, sans lésion intestinale à l'autopsie, de l'anasarque sans albuminurie et un état fébrile continu et marqué sans excrétion exagérée de l'urée, ni dans les urines ni dans les selles. Aussi appelle-t-il l'étude sur ces

particularités quant à la question de proportion à établir entre les excrétions produites et la composition fort appauvrie du sang. Comment ce liquide pourrait-il fournir l'albumine et l'urée normale quand il en est si dépourvu ? Si rien encore ne permet d'avancer que, dans cet état d'altération, la fièvre peut exister sans augmenter la proportion d'urée et l'anasarque sans albumine, il est du moins fort probable que la source de ces excrétions étant altérée, celles-ci doivent se modifier. C'est donc à vérifier si elles le sont toujours en rapport avec l'altération du sang et si les autres excrétions sont également modifiées que doivent consister les recherches.

Quant au petit nombre des globules rouges, à leur volume gigantesque et leur richesse supérieure en hémoglobine, il est difficile de décider si l'usage prolongé du fer n'est pas la principale cause de cette modification. (*Soc. méd. des hôp.* novembre 1876 et *Union méd.* n°s 7 et 10.)

Lésions de la moelle osseuse. Cohnheim en a observé un nouveau cas chez un homme de 35 ans, mort à l'hôpital de Breslau, après avoir présenté tous les signes d'une anémie pernicieuse progressive : affaiblissement croissant, pâleur cireuse, hémorrhagie de la rétine, fréquence du pouls, souffles cardiaques et vasculaires, oppression, abattement considérable.

L'autopsie montra une anémie de tous les organes avec pointillé hémorrhagique du cerveau, de la rétine, de l'endocarde et du péricarde, dégénérescence graisseuse du cœur, hypertrophie du foie et de la rate. La moelle osseuse, au contraire, était d'un rouge intense dans tous les os, aussi bien dans la diaphyse que dans les épiphyses, sans hémorrhagie apparente. L'examen histologique montra des cellules incolores comme des globules lymphatiques et des éléments colorés aussi abondants. (*Archiv für pathol. anat. und physiol.* 1876.)

Il faudrait donc, comme nous l'avons dit (*V. année* 1876), réserver à cette étiologie de W. Pepper une certaine attention et ne pas la traiter aussi légèrement que l'a fait M. Lépine.

Traitement. Après l'emploi du phosphore vanté par

M. Broadbent, l'introduction du sang en nature paraît être le moyen le plus efficace. Le professeur Quincke a relaté ainsi au Congrès de Hambourg en 1876, deux cas d'anémie dite pernicieuse guéris par la transfusion du sang humain. (*Berl. klin. Wochensc.* nº 30.)

Cette transfusion a aussi été exécutée avec succès chez un mécanicien de 42 ans, ayant navigué pendant vingt ans et entré à l'infirmerie royale de Liverpool, le 13 novembre 1876, service de M. Glynn. Très-maigre et pâle, avec infiltration des membres inférieurs, cet homme est malade depuis quatorze mois qu'il a senti ses forces diminuer. Traité pendant sept mois, il s'est trouvé en état de reprendre ses occupations, mais n'a pu les continuer plus de dix semaines. Pouls mou à 90, anhélation au moindre mouvement, température normale, langue claire, urines pâles à 1012 de gravité sans albumine. Grande faiblesse, céphalalgie frontale, troubles de la vue et de l'ouïe. Engourdissement des doigts, anorexie.

Matité augmentée dans la région splénique ; normale au foie; murmure systolique à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou. L'examen du sang au microscope ne montre pas les globules blancs augmentés, mais les rouges sont en diminution, réguliers et en tas.

Malgré l'emploi de la quinine et du fer, un régime tonique avec œufs et vin, tous les accidents anémiques augmentèrent graduellement, défaillance continuelle avec orthopnée, surdité, infiltration, pouls faible et petit à 112.

La transfusion est pratiquée le 20 décembre avec le sang d'un homme bien portant à l'aide de l'instrument d'Aveling. 18 à 20 *ounces* de sang furent transfusés. L'opération dura environ treize minutes. Il se manifesta de l'oppression, mais bientôt le malade se trouva mieux, le pouls reprit de la force et de l'ampleur à 108. Le mieux persista de jour en jour et le malade reprenant des couleurs et des forces, sans œdème aux pieds et pouvant marcher, quitta l'hôpital le 9 janvier pour l'hôpital des convalescents. L'amélioration continua pendant quelques mois; les anciens symptômes reparurent et le malade succomba en mars. (*Lancet*, 31 mars.)

Ce précédent peut donc être invoqué pour renouveler la transfusion. M. Oré l'a pratiquée pour une anémie chronique chez un homme malade depuis cinq ans. C'est avec 40 grammes de sang seulement qu'il a obtenu la guérison.

Si dans l'anémie aiguë, dit-il, où le système circulatoire a été désempli brusquement par une hémorrhagie violente, on peut élever la quantité du sang que l'on transfuse, au contraire, il n'en faut faire pénétrer que de petites doses dans l'anémie chronique, car le sang doit agir par la qualité, non par la quantité. (*Acad. des sc.* mars.) Le fait précédent montre que cette règle n'est pas absolue.

Le 1er février, une transfusion a aussi été pratiquée avec succès par M. Richard Barwell, à l'hôpital de Charing-Cross sur un homme de 44 ans, rendu anémique par les suites graves d'une fracture compliquée de la jambe. L'appareil Roussel servit à transfuser directement le sang d'un élève. Quinze jours après, l'appétit et les forces étaient revenues, la vitalité parfaite et le blessé guéri. (*Lancet*, 21 avril.)

Si ces faits de guérison se multiplient, on aura ainsi la preuve *à posteriori* que ces anémies progressives ne sont que le plus haut degré de l'anémie simple et ne méritent nullement le nom de pernicieuses. Il faudrait réserver ce titre aux cas absolument incurables.

Injection de sang défibriné. Quand la transfusion est indiquée et que l'on ne peut la pratiquer à défaut d'aide ou d'appareil convenable, comme c'est souvent le cas à la campagne, il est permis d'injecter du sang dans le tissu cellulaire. Ce procédé est beaucoup plus à la portée des praticiens ruraux comme plus simple, facile et moins effrayant. Le docteur Schmettz, de Schlestadt, l'a employé dans le cas suivant.

Un hôtelier de Saint-Hippolyte (*Haut-Rhin*), âgé de plus de 60 ans, était malade depuis longtemps, toujours alité à cause de son extrême faiblesse et presque réduit à l'état de squelette. Submatité presque générale du thorax avec souffle bronchique très-fort et crépitation. Expectoration de gros crachats d'un jaune noirâtre. Dyspnée. Perte absolue d'appétit; l'estomac refusait aliments et médicaments. Tissus décolorés et pouls presque filiforme ; syncopes fréquentes, consomption fébrile, anémie profonde.

L'innocuité de l'injection hypodermique du sang défibriné et quelques succès, rapportés par les médecins allemands, le déterminèrent à essayer de ce moyen héroïque. Le fils du malade fournit le sang au moyen de quelques

ventouses appliquées dans le dos. Un verre conique, recouvert d'une flanelle, servit à le défibriner. Une seringue en verre, munie d'une aiguille creuse et pouvant contenir 5 grammes, fut remplie du sang défibriné qui fut injecté à la partie moyenne du bras. Huit injections furent ainsi successivement faites sur les membres, soit 40 grammes de sang. Les bosses sanguines se résorbèrent en deux jours, et l'état s'améliora rapidement. L'appétit revint et permit de manger des viandes grillées quelques jours après. Le pouls devint large et dur à 80. La céphalalgie, l'anxiété, les palpitations, la faiblesse disparurent graduellement et le malade put dormir. Il se levait et entrait en convalescence huit jours après cette opération et, depuis trois ans, ce bien-être continue. (*Soc. de méd. de Strasbourg* et *Gaz. méd.*)

Malgré toutes les lacunes de cette observation, elle montre que l'injection hypodermique de sang peut parfois remplacer la transfusion. On peut donc la tenter lorsque l'organisme est affaibli sans trace de maladie organique évidente, appréciable, dans tous les cas d'anémie, quand l'estomac refuse toute nourriture et qu'il n'y a pas d'autre indication.

ANESTHÉSIE. M. Dalton, de New-York, l'a produite expérimentalement sur le chien par la compression du cerveau. Une couronne de trépan étant appliquée, il introduit l'index ou le médius par cette ouverture, à une profondeur de un à deux centimètres, sans diviser la dure-mère. On peut substituer au doigt un cylindre de bois pour éviter la fatigue.

Le premier effet de la pression est une douleur indiquée par la révolte et les cris de l'animal ; puis, il tombe dans une immobilité et une insensibilité complètes. La conscience longtemps suspendue se rétablit rapidement en cessant la compression et l'on peut ainsi reproduire et faire cesser alternativement plusieurs fois les phénomènes d'anesthésie. Celle-ci ne devient définitive qu'après un certain nombre de fois, lorsque des effusions sanguines se sont produites sous la dure-mère. La lésion la plus constante et la plus marquée est pourtant une désintégration de la substance cérébrale sur le point comprimé ainsi que des hémorrhagies. Mais comme l'anesthésie cesse avec la compression, la

lésion persistant, M. Dalton pense que cet effet anesthésique résulte de la compression de tout l'organe.

Et comme l'insensibilité la plus complète peut être obtenue ainsi sans troubles sérieux de la respiration et de la circulation, ni sans que la mort s'ensuive nécessairement, l'auteur propose aux physiologistes expérimentateurs de se servir de ce moyen quand l'action de l'éther ou du curare peut troubler les résultats. (*New-York med. journ.* juillet 1876.)

Pour l'anesthésie des animaux dans les expériences de laboratoire, il suffit de pratiquer une couronne de trépan sur le crâne et d'introduire une éponge ou un bouchon par l'ouverture pour obtenir l'insensibilité. Elle a duré ainsi depuis un quart d'heure jusqu'à près de deux heures dans les expériences de M. Bochefontaine et celles de M. Cl. Bernard. (*Soc. de biol.* juin.)

Nouveaux anesthésiques. Des expériences pratiquées successivement sur des grenouilles, des lapins, des chats et des chiens, ont montré à M. F. Putzeys de Liége que les bromures d'éthyle, de propyle et d'amyle jouissent de propriétés anesthésiques égales aux composés chlorés correspondants.

Ces propriétés sont analogues et ne diffèrent en intensité que par la proportion de brôme qu'ils contiennent. Le bromure d'éthyle est ainsi le plus actif des trois, car il renferme 73,39 0/0 de brôme, tandis que celui de propyle n'en a que 65, 04 et celui d'amyle 52, 98. (*Acad. de méd. de Belgique*, 5 août 1876.)

Sulfate de quinine. En étudiant expérimentalement son action sur l'utérus, le docteur L. Dupuis a constaté qu'il exerce une influence marquée sur la sensibilité générale et proportionnelle à la quantité de cet alcaloïde. L'insensibilité permet ainsi d'enfoncer une épingle, à un centimètre de profondeur, dans n'importe quel tissu, sans déterminer la moindre réaction douloureuse. L'analgésie accompagne donc l'anesthésie cutanée, au moins chez le chien et le lapin, et cela graduellement en injectant au moins 50 centigrammes d'alcaloïde par la voie hypodermique, dans les veines et les artères. La dose doit être double et triple

même par la voie gastro-intestinale. Les autres alcaloïdes du quinquina, la cinchonine et la cinchonidine notamment, produisent les mêmes effets à dose bien moindre et en raison même de leur plus grande toxicité.

Dans cet état d'insensibilité, les mouvements réflexes persistent et les battements du cœur et du pouls sont accélérés. (*Thèse inaug.* Paris, 1877.)

Bromhydrate de quinine. Une injection hypodermique contenant 80 centigrammes à 1 gramme de ce sel, pratiquée par le docteur Thaon contre une fièvre intermittente rebelle, amena, vers le bord externe de l'avant-bras, à quatre travers de doigt au-dessous du coude, et probablement au niveau d'une des branches anti-brachiales du nerf musculo-cutané, une anesthésie complète de la peau, sur une zone de 12 centimètres de haut sur 6 de large ; la thermo-anesthésie était elle-même un peu plus étendue. Un mois après la piqûre, cette anesthésie est restée telle qu'elle était au début.

Ce serait donc une application à faire au traitement des névralgies. (*Nice médical.*)

Ether bromhydrique ou *bromure d'éthyle.* C'est un liquide incolore, d'une odeur agréable, bouillant à 40, d'une densité de 1, 43 et brûlant difficilement. Ces caractères sont intermédiaires à ceux du chloroforme et de l'éther sulfurique. Il est insoluble dans l'eau.

Il résulte des expériences de M. Rabuteau que, inhalé par les voies respiratoires, il produit une anesthésie absolue aussi rapide, sinon plus, que le chloroforme, du moins chez les grenouilles, les cobayes, les lapins et les chiens. Il suffit de placer une éponge imbibée de ce liquide sous le nez des chiens pour les voir anesthésiés complétement en deux à cinq minutes. Mais l'anesthésie disparaît aussi plus rapidement qu'avec le chloroforme.

Des injections hypodermiques de chlorhydrate de narcéine ou de morphine, faites préalablement, ont une action analogue à la chloroformisation, mais moins intense.

Ce liquide n'est pas caustique ni irritant comme le chloroforme. On peut l'ingérer sans difficulté et l'appliquer sans danger sur la peau et les muqueuses.

Ingéré dans l'estomac de l'homme à la dose de un à deux grammes, il ne produit pas l'anesthésie comme en inhalations. Il calme la douleur et ne trouble en rien l'appétit. (*Acad. des sc.* décembre 1876.)

Protoxyde d'azote. Le danger de cet agent, qui servit au dentiste Horace Wells à faire ses premières expériences anesthésiques pour l'extraction des dents, se démontre de plus en plus. Aux cas de mort relatés en 1872 et 1873, vient de s'ajouter celui du docteur Harrison qui exerçait la chirurgie avec distinction à Manchester. Souffrant d'un abcès alvéolaire qui le privait de manger et de dormir, il s'adressa, le 27 mars, à un dentiste voisin pour lui faire arracher les dents douloureuses en demandant d'être anesthésié par le gaz nitreux. Le dentiste accéda à ce désir et, assisté d'un domestique, il administra le gaz jusqu'à anesthésie complète et enleva les deux dents malades. Mais le patient se trouvait alors dans un coma profond. Tout en s'empressant de lui prodiguer des soins, le dentiste envoya immédiatement chercher un médecin du voisinage qui ne put que constater la mort à son arrivée.

L'autopsie judiciaire révéla, comme cause de la mort, une grande accumulation de graisse dans le médiastin antérieur et sur le péricarde, avec hypertrophie légère du cœur, épaississement des valvules mitrales et aortiques, dépôt athéromateux des parois de l'aorte et dégénérescence graisseuse du foie. Le jury rendit le verdict *de mort par syncope pendant l'administration du gaz, chez un sujet atteint de dégénérescence graisseuse du cœur.* (*Lancet*, 7 avril.)

L'enseignement à tirer de ce nouveau malheur est le danger d'administrer ce gaz, comme le chloroforme et l'éther, aux individus atteints d'affections organiques du cœur. La mort par asphyxie pouvant en être instantanée, il est donc nécessaire d'entourer son emploi de toutes les précautions, et c'est par un abus regrettable que l'usage permet aux dentistes sans diplôme, en Amérique comme en Angleterre et même en France, de l'administrer sans les précautions nécessaires. Dans aucun cas, il ne devrait être permis de le faire inhaler sans avoir ausculté le cœur avec soin et le concours d'un médecin pour en surveiller l'action.

Pour employer le protoxyde d'azote avec sécurité, il faut

en outre avoir une idée exacte des propriétés toxiques du deutoxyde qui se trouve toujours en combinaison avec lui. Il faut donc l'en séparer pour que le protoxyde soit propre à l'inhalation. Autrement, le deutoxyde, ayant la plus grande affinité pour l'oxygène, se combine immédiatement avec lui lorsqu'il est introduit dans les poumons et forme de l'acide nitreux qui est un poison très-violent. Une sensation de chaleur et de suffocation en résulte, en même temps qu'une saveur cuivreuse. Ces symptômes doivent le faire rejeter. Le protoxyde pur a un goût doucereux, presque sucré. Ainsi il est sans danger et des opérés ont pu être tenus pendant une heure sous son influence sans accident.

Un jeune homme anesthésié ainsi par un dentiste dormait depuis trois heures lorsque le docteur Bordier fut appelé. Il trouva la face rouge, chaude, yeux injectés, pupilles punctiformes, respiration lente, suspirieuse, pouls à 120. Admettant une congestion encéphalique avec paralysie vaso-motrice, déterminée par le gaz hilariant, il prescrivit 50 centigrammes de sulfate de quinine. Une heure après, la torpeur cessait. La digitale, l'ergot de seigle pourraient être employés également. (*Soc. de thérap.*)

Méthylène. A lire les détails de certains faits, les chirurgiens anglais paraissent s'acharner à tuer leurs patients plutôt que de les laisser tranquilles. Un homme de 56 ans, atteint d'une carie syphilitique des os de la jambe, ayant à subir une opération à cet effet à l'hôpital de Suffolk, fut soumis à l'inhalation du bichlorure de méthylène. Résistant à son action, on remplaça celui-ci par l'éther méthylique qui amena rapidement l'anesthésie. Mais celle-ci disparut avant que l'opération fût terminée et l'on reprit immédiatement les inhalations du bichlorure de méthylène, malgré l'agitation et les ébats furieux du patient. Trente secondes s'étaient à peine écoulées que des convulsions épileptiformes éclatèrent avec des spasmes toniques qui rendirent la respiration stertoreuse ; le pouls faiblit et la mort survint. Quoi de plus terrible que de soumettre ainsi un pauvre homme sous le couteau à des inhalations qu'il repousse? Malgré cet acte de cruauté, le coroner refusa un examen judiciaire et le jury exonéra les auteurs de tout blâme. (*Lancet*, n° 1, juillet.)

ANÉVRYSMES. *Erreur de diagnostic.* La cause de ces erreurs peut être surtout d'un utile enseignement quand elles sont bien évidentes et s'expliquent parfaitement comme dans les deux exemples suivants :

Un homme de 32 à 33 ans se présente à Bellevue-hospital pour une tumeur de la région poplitée survenue sans cause traumatique ou diathésique avérée; pas de syphilis. Le malade réclamait avec insistance une opération. Sa tumeur avait environ 9 pouces de circonférence, remplissait le creux poplité avec un relief de 3 pouces. Sphérique, dure, non élastique, non adhérente à la peau, cette tumeur ne présentait ni souffle, ni pulsation, et n'était modifiée en rien par la compression de l'artère fémorale. La ponction avec une aiguille à injection hypodermique ne donna aucun écoulement. Le chirurgien écarta dès lors l'idée d'un anévrysme, malgré son siége, et diagnostiqua un sarcôme. L'incision amena une hémorrhagie épouvantable et la mort en quelques heures. L'examen montra un sac anévrysmal rempli de caillots concentriques avec une toute petite cavité au centre communiquant avec l'artère. L'aiguille n'avait pénétré que dans la masse fibrineuse. En raison même du siége, une exploration minutieuse, des ponctions répétées en différents sens, pourraient rectifier ce diagnostic.

Au contraire, une tumeur du cou siégeant sur le trajet de la carotide et qui offrait tous les signes d'un anévrysme : pulsations, souffle, réductibilité partielle, etc., fut reconnue à l'autopsie pour un simple lipome avec dégénérescence calcaire. L'absence de détails anatomiques sur les rapports de la carotide avec cette tumeur ne permet pas d'expliquer les phénomènes observés, mais on peut prévoir que la compression de l'artère en était la cause. (*New-York med. Record*, 1876.)

Relation avec la phthisie caséeuse. Depuis que M. Hanot a établi ce rapport intime par 16 cas de phthisie caséeuse sur 42 d'anévrysmes (*V. année* 1876), il convient d'y regarder d'autant plus près qu'il considère la tuberculisation comme un trouble trophique résultant de la compression du pneumogastrique, sinon de celle de l'artère pulmonaire, par la tumeur. Or un fait d'anévrysme de la crosse de l'aorte avec paralysie du nerf récurrent et cornage, expectoration pu-

rulente énorme due à la dilatation des bronches, observé chez un homme, par le docteur M. Raynaud, à l'hôpital Lariboisière, met complétement cette théorie en défaut. A l'autopsie, il trouva le poumon droit parsemé d'un grand nombre de granulations grises, saillantes à la coupe, sans compter trois ou quatre petits foyers de pneumonie caséeuse, tandis que la compression très-évidente du pneumo-gastrique et de l'artère pulmonaire existait exclusivement à gauche, le poumon de ce côté étant absolument sain. Il n'y a donc pas là relation de cause à effet, mais simple coïncidence. Coïncidence qui s'explique très-bien d'ailleurs, car l'artère pulmonaire ne nourrit pas le poumon, elle est uniquement en rapport avec l'hématose. Le rétrécissement de ce vaisseau par la compression du sac anévrysmal, en apportant un grand obstacle à l'hématose, doit produire une déchéance de tout l'organisme, un trouble général de la nutrition qui frappe le poumon comme les autres organes. Ces anévrysmes seraient donc tout simplement une source d'affaiblissement, de dépérissement, pour l'organisme, jouant le rôle d'une cause prédisposante et faisant éclore une diathèse en puissance.

Cette interprétation peut également s'appliquer au cas semblable observé par M. Gubler à l'hôpital Beaujon, chez un journalier de 42 ans. L'autopsie montra un anévrysme, gros comme un œuf de poule, à la partie supérieure de la crosse, rempli de caillots stratifiés. Une induration fibreuse peu étendue existait aux deux sommets avec quelques granulations tuberculeuses. Et cependant il n'y avait pas compression de l'artère pulmonaire ! (*Ann. des maladies du larynx*, juillet.)

Compression élastique. Deux nouveaux succès obtenus à Londres par MM. Wagstaffe et Heath, à l'aide de ce moyen contre l'anévrysme poplité (*Lancet*, 30 septembre et 4 novembre 1876), ajoutés à celui du docteur Reid (*V. Années* 1875 *et* 1876), ont de nouveau attiré l'attention. La bande élastique fut serrée depuis le pied jusqu'au jarret, un peu relâchée sur la tumeur et resserrée ensuite sur la cuisse. Elle resta en place pendant 50 minutes dans deux cas et une heure dans le troisième. La circulation du membre fut ensuite contrôlée pendant quelques heures par l'application

d'un tourniquet sur la fémorale. Aussitôt l'enlèvement de la bande, l'anévrysme était dur et sans battements, dans les trois cas, et il diminua rapidement de volume.

Un quatrième succès a été obtenu par M. Thomas Smith à *St-Bartholomew's hospital* sur un homme de 45 ans. Il y avait trois semaines seulement qu'il avait remarqué une tumeur, grosse comme une noisette, dans le jarret droit. Elle était comme un œuf de poule à son entrée à l'hôpital le 7 mars dernier. Après dix jours de repos au lit, une bande de flanelle fut roulée sur tout le membre inférieur droit en laissant seulement l'anévrysme découvert. Une bande élastique la recouvrit ensuite jusqu'au mollet, en serrant modérément, et l'on s'arrêta jusqu'à ce que la poche anévrysmale fût bien remplie de sang, en continuant au-dessus jusqu'à l'aîne où l'anneau élastique fut appliqué pour arrêter complétement la circulation. Une heure après, la chloroformisation ayant été faite pendant la dernière demi-heure à cause des souffrances du patient, la compression élastique fut enlevée et, le patient étant encore anesthésié, le tourniquet fut appliqué sur la fémorale et maintenu en place pendant deux heures. Le patient refusant d'être anesthésié de nouveau, et ne pouvant plus endurer ses souffrances, le tourniquet fut enlevé. L'anévrysme était solidifié et réduit de moitié. Après quelques douleurs dans le membre pendant la nuit, l'opéré se trouva très-bien et sortit guéri le 6 avril.

Ces résultats réclament donc l'attention des chirurgiens. Les avantages de ce procédé semblent si grands dans la facilité d'application et la rapidité d'action que, s'il est sans danger, son emploi deviendra bientôt général, à l'exclusion de la compression digitale et la flexion du membre, aussi bien dans la pratique privée que dans les hôpitaux. Quelques heures suffisent pour la stase complète du sang dans le membre et sa coagulation dans le sac et les vaisseaux afférents. Dans ces quatre cas d'anévrysme poplité, en effet, il suffit de l'application du bandage d'Esmarch pendant *une heure* et de la compression avec le tourniquet ensuite pendant 12 heures dans le premier, 7 heures et demie dans le second, 5 dans le troisième, et 2 dans celui-ci, pour obtenir la guérison. Quant à la cessation des battements dans le sac, elle était complète après 50 minutes dans le premier cas, en deux heures dans le second, en une heure dans le

troisième et en trois dans le dernier. Il est possible qu'elle soit effectuée avant ce temps, car on ne peut la constater qu'en enlevant le tourniquet.

Il est vrai que des insuccès ont été signalés. M. Bradley en a éprouvé deux de suite, chez le même malade, contre un anévrysme poplité. M. Th. Smith en a éprouvé un semblable qu'il attribue à ce que le sac n'avait pas été parfaitement rempli de sang et à l'arrêt imparfait de la circulation; les insuccès sont donc l'effet tout simple de l'inhabileté inhérente aux premières applications. L'anesthésie pouvant être employée quand la douleur est insupportable, il sera facile de mesurer la compression à la force du torrent circulatoire pour l'arrêter.

Quant à la manière d'appliquer la compression, elle a varié selon les cas. MM. Wagstaffe et Heath se sont bornés à la bande élastique modérément serrée au-dessous de l'anévrysme, lâche dessus et très-serrée au-dessus, sans l'anneau constricteur. Celui-ci fut seulement appliqué à l'aîne par M. Reid. MM. Bradley et Smith ont laissé la tumeur anévrysmale complétement libre, exposée, afin d'en examiner plus facilement les pulsations et la solidification. Mais, dans tous les cas heureux, elle ne fut complétée que lorsque le sac anévrysmal était rempli. C'en est donc une condition indispensable avec l'arrêt complet de la circulation, surtout dans l'artère principale, pendant un temps suffisant pour que le sang puisse se coaguler. (*Lancet*, nº 21.)

M. Tyrrell a eu recours à un surcroît de précautions dans le premier cas traité par lui à l'hôpital de la Miséricorde de Dublin. C'était un épicier de 36 ans qui fut saisi subitement le 10 mars, en pliant le genou, d'une violente douleur piquante dans le jarret gauche. Après un jour de durée, il sentit une petite grosseur. Mais, la douleur ayant disparu, il n'y fit pas attention. Le 8 avril, en rentrant d'une longue course, la même douleur reparut avec plus de violence et, la tumeur ayant augmenté, il consulta son médecin qui l'envoya immédiatement à l'hôpital.

A l'examen, une tumeur pulsatile se trouve dans l'espace poplité gauche, plus saillante en bas qu'en haut. Elle mesure cinq pouces de haut sur cinq et un quart de large. Elle est molle et le siége d'un léger bruit au stéthoscope. Les veines superficielles sont saillantes et le membre légèrement œdé-

matié. Les pulsations des artères tibiales antérieures et postérieures sont insensibles. La circonférence du membre au-dessus de la rotule est de 14 pouces à gauche et de 12 1/2 à droite. Un demi-pouce au-dessous de la rotule, elle mesure 15 pouces à gauche et 11 seulement à droite. Les douleurs sont si violentes dans tout le membre, malgré une position élevée, que des injections morphinées sont nécessaires pour obtenir le sommeil.

Le 24 avril, la bande élastique est appliquée sur le membre en serrant fortement depuis les orteils jusqu'à la tumeur, en passant légèrement dessus et en serrant au-dessus jusqu'à la hanche. Le tourniquet élastique (anneau?) fut ensuite placé. Le patient se plaignit de vives douleurs, mais sans réclamer l'anesthésie. Après 50 minutes d'application, le bandage fut enlevé et la douleur cessa aussitôt. La tumeur était fort diminuée de volume, très-dure et globuleuse avec une très-légère pulsation. La compression digitale fut continuée pendant deux heures, c'est-à-dire jusqu'à la cessation des battements. Un compresseur fut néanmoins posé comme précaution sur la fémorale et le membre enveloppé dans une flanelle et élevé. L'opéré passa une bonne nuit. La circulation revint graduellement. Il sortit guéri de l'hôpital le 2 mai. (*Lancet*, n° 26.)

Reste à savoir quel est le plus sûr moyen de guérison de la coagulation du sang en masse dans le sac, comme on l'obtient par les injections coagulantes, ou de la formation de couches ou lames fibrineuses du caillot que donne le bandage élastique. Les couches fibrineuses étant le mode suivi par la nature dans les guérisons spontanées, l'art semble devoir l'imiter de préférence. Les caillots ainsi formés sont appelés *actifs*, comme les agents réels d'une cure radicale, par opposition aux autres désignés sous le nom générique de *passifs*, parce qu'ils ne prennent aucune part à la guérison.

S'il y a des raisons de croire que la fibrine laminée reste des années sans organisation ni connexion avec les parois du sac, il n'en est pas moins vrai qu'un anévrysme, rempli de ces caillots, diminue plus ou moins rapidement de volume et finit par disparaître. Wagner a montré que l'organisation s'observe rarement dans les caillots fibrineux et que leur ramollissement est plus commun. Dans le cas du docteur

Reid, le caillot restait en une masse granuleuse. De récentes investigations, au contraire, tendent à confirmer la vieille croyance que les caillots passifs sont passibles d'une rapide organisation. Lister a vu l'organisation survenir dans le caillot à la surface des plaies. A l'intérieur des vaisseaux, l'organisation est attribuée au passage des leucocytes des vaso-vasorum dans le caillot. En se convertissant en tissu fibreux des parois, ils contribuent à l'oblitération du vaisseau par un tissu fibreux permanent, alors que les autres corpuscules ont été liquéfiés et absorbés.

Quoi qu'il en soit de ces données, le succès qui a suivi l'emploi de la bande élastique, dans le traitement des anévrysmes externes, n'est pas moins de nature à justifier une plus ample expérimentation. (*Lancet*, 20 janvier.)

Dans un troisième cas d'anévrysme de la fémorale, dans le canal de Hunter, traité à l'hôpital général de Nottingham par M. Thomas Wright, le succès fut non moins remarquable, bien que différent des précédents. C'était chez un marqueteur de 39 ans, admis à l'hôpital le 1er novembre 1876, six mois après le début de la tumeur. Après un repos de deux jours, un compresseur fut appliqué, pendant plusieurs jours, sur l'iliaque externe et la fémorale commune sans aucun résultat. Du 7 novembre au 4 décembre, un sac de plomb fut appliqué plus ou moins constamment sur la fémorale, concurremment avec la diète sévère du docteur Tufnell, sans plus de succès. La bande élastique fut dès lors employée le 31 décembre, à 11 heures un quart du matin, enveloppant tout le membre depuis les orteils jusqu'à l'articulation coxo-fémorale avec un rond de caoutchouc placé au dessus. A une heure et demie, la rondelle fut enlevée et remplacée par un sac de plomb sur la fémorale. Le bandage ne pouvant être supporté fut enlevé à 2 heures et demie. La tumeur fut alors trouvée solide et sans battements, excepté à la partie supérieure. La circonférence du membre avait légèrement augmenté. Le sac de plomb fut laissé en place jusqu'au lendemain midi et demi. Tout battement avait alors cessé, mais ils reparurent dans la soirée jusqu'au 4 janvier. Le 5, toute compression fut cessée, la guérison étant complète. (*Idem*, nº 5.)

La supériorité du bandage élastique sur les autres modes de compression est ainsi démontrée, probablement parce

qu'elle n'arrête pas seulement la circulation du vaisseau principal, comme ceux-ci, mais la circulation collatérale et anastomotique. Il prévient ainsi tout flot de sang provenant de cette source dans le sac et détermine la formation d'un ferme caillot dans cette cavité, même dans les artères affluentes.

Ligature avec le fil de catgut. — V. Ligatures.

Anévrysmes thoraciques. *Electrisation externe.* Les médecins italiens sont aussi disposés à recourir à ce moyen contre les anévrysmes internes, depuis les remarquables succès obtenus par Ciniselli, de Crémone, que les chirurgiens anglais ont de propension à donner la préférence aux moyens chirurgicaux. Deux succès en ont ainsi été obtenus récemment à Naples. L'un était un anévrysme spontané sacciforme du tronc brachio-céphalique durant depuis trois ans chez un portefaix de 51 ans, ivrogne et syphilitique. L'iodure de potassium restant sans succès, le malade entra à l'hôpital en mars 1876. La tumeur avait alors le volume d'un œuf de poule, à grand diamètre transversal, recouvrant le tiers interne de la clavicule et la moitié droite du sternum, avec expansion pulsative accompagnée de bruit de souffle systolique, soulevant le creux sus-claviculaire et la partie supérieure de la paroi thoracique. Le professeur Vizioli conseilla un courant de 60 à 65° au galvanomètre dont les rhéophores furent appliqués sur la tumeur, pendant onze minutes, tous les huit jours. Il y eut au début sensation de brûlure et de fourmillement. Après cinq à six séances, il y avait une induration et un retrait sensible de la tumeur et, après vingt-cinq séances, bien que les résultats ultérieurs fussent moins sensibles, la tumeur n'avait plus qu'un léger relief sur une étendue de cinq centimètres avec pulsations faibles sans expansion appréciable. Cet homme a repris ses occupations depuis, sans augmentation de la tumeur.

Devant ce succès, le professeur Martino appliqua le même procédé chez un homme de 30 ans, atteint d'un anévrysme de la sous-clavière droite, remontant à cinq ans et formant une tumeur arrondie de six pouces de circonférence et s'étendant à un travers de doigt de la clavicule.

Extérieurement, elle confinait au sterno-cléïdo-mastoïdien.

Dès la première application, la tumeur diminua sensiblement et son retrait était notable après chaque séance, mais la dilatation se reproduisait ensuite. Les séances rares furent alors prolongées jusqu'à cinquante minutes sans produire autre chose qu'un léger érythème cutané et quelques formications. Après six mois, le malade quitta l'hôpital n'ayant plus qu'une tumeur dure, très-diminuée, avec de légères pulsations, sans expansion. Il put reprendre ses travaux.

L'absence de caillots volumineux, dans les deux cas, a suggéré aux auteurs que l'action de l'électricité s'était bornée, comme sur les muscles paralysés, à la contractilité de la fibre musculaire du sac anévrysmal dont les parois s'étaient relâchées et distendues — *sfiacamento*. (*Acad. de méd. de Naples* et *il Morgagni*, 1876.)

Anévrysmes de l'aorte. *Électrolyse.* Pour la première fois en France, M. Dujardin Beaumetz a eu la hardiesse d'appliquer ce procédé de Ciniselli à un anévrysme de l'aorte sur un homme de 36 ans. Une chute violente sur la région mammaire droite, remontant à quatre ans, en fut l'origine. Deux ans après, survint une douleur sourde s'irradiant dans les bras, surtout le droit, puis des palpitations violentes, une voix sourde, de la dysphagie.

Une pile de Gaiffe à 26 éléments, réglée à deux centimètres cubes de gaz en cinq minutes, servit à cet effet. Un vernis protégeait les aiguilles à leur partie supérieure. La première fut plongée dans le 4e espace intercostal, à un centimètre du bord droit du sternum, et la seconde à un centimètre plus loin. Une troisième fut enfoncée au-dessus dans le troisième à trois centimètres et demi du bord droit du sternum. Le pôle négatif, formé d'une large plaque couverte d'une épaisse peau de chevreau mouillée, étant placé sur la partie latérale droite du thorax, on fait passer le courant positif sur chaque aiguille, successivement pendant cinq minutes, en ramenant toujours la pile à zéro. Une seconde application semblable a eu lieu. L'anévrysme a été soumis ainsi, pendant une demi-heure, au courant positif.

Peu de douleur a été ressentie, sinon dans l'aiguille supérieure. Toutes ont été retirées facilement, quoique très-oxydées. Une vessie de glace en recouvrit aussitôt les piqûres et l'opéré fut placé dans une immobilité complète.

Une diminution notable des battements était sensible quatre heures après. Un caillot pouvait être constaté le lendemain dans le quatrième espace intercostal. Les pulsations étaient lointaines et profondes. L'amélioration progressa et le malade ayant été soumis à la Société médicale des hôpitaux, 26 jours après, les battements étaient moins douloureux, moins forts et étendus, comme le cardiographe le constatait positivement.

Devant ce résultat, une nouvelle application doit être faite. (*Soc. méd. des hôp.* 13 juillet.)

Les nombreuses applications de ce moyen faites en Italie, en Angleterre et en Amérique, autorisaient bien celle-ci par l'amélioration considérable et prolongée qui en a été obtenue et comme on en trouvera plusieurs exemples dans ce dictionnaire, mais celui-ci pourra mieux encourager à y recourir en France.

Ligature de la carotide. Le succès de cette opération est si rare que son auteur, M. Christophe Heath, a tenu à honneur d'en soumettre les preuves anatomiques à la Société clinique de Londres, le 9 février. C'était un homme qu'il avait opéré en février 1872 et qui a vécu avec beaucoup de soulagement et de profit jusqu'en septembre 1876, que s'étant brûlé accidentellement sur la partie externe du sac anévrysmal, il succomba. L'autopsie a montré un anévrysme de la portion ascendante de l'arc de l'aorte et non de la portion transversale comme on l'avait supposé. Il était impossible d'expliquer la raison de ce succès jusqu'à ce que l'on eût vérifié l'hypothèse admise que la branche placée juste au-dessus de l'anévrysme avait été liée. Malheureusement l'enlèvement du caillot n'a pas permis de dire à quelle distance de l'aorte il s'élevait dans la carotide ; mais ce vaisseau en était complétement rempli et adhérait seulement à la paroi interne au niveau de la ligature. Aucune trace du fil de catgut, qui avait servi à la faire, ne put être retrouvé et les membranes de l'artère ne montraient aucune évidence de division. C'est en suivant ainsi leurs opérés que les chirurgiens anglais justifient les plus graves opérations et en prennent enseignement pour les perfectionner. Une longue discussion a eu lieu à cet égard.

Contention avec le collodion. Un monsieur d'une quaran-

taine d'années présentait, en juillet 1875, une petite tumeur pulsatile sur le côté droit du sternum. Elle était sans frémissement ni souffle, douée d'un mouvement d'expansion et agitée de pulsations isochrones avec les battements du cœur. Elle avait soulevé le deuxième espace intercostal droit en détruisant la seconde côte ou plutôt le second cartilage costal et le bord droit correspondant du sternum. Elle se rapportait évidemment à un anévrysme de la crosse aortique voisin de l'origine du tronc brachio-céphalique ; le pouls radial droit était moins marqué que le gauche.

M. Dolbeau prescrivit la glace sur la tumeur et l'usage interne de la digitaline. M. Verneuil y ajouta plus tard l'iodure de potassium. Malgré ces moyens, le pouls restait de 96 à 100, la tumeur grossissait, il y avait de l'œdème, de la rougeur de la région sternale et des troubles digestifs. La digitale et l'iodure furent alors remplacés par un gramme de bromure de potassium matin et soir par le docteur Lelion.

En septembre, la tumeur avait le volume d'un petit œuf avec consistance plus ferme ; peau distendue, lisse et amincie. Douleurs en avant et en arrière de la poitrine ; amaigrissement. Bientôt la tumeur s'étendit du côté gauche avec rougeur sur le bord latéral gauche du sternum. Des pulsations isochrones aux battements de l'autre en précédèrent la saillie qui se manifesta en octobre.

Une pleurésie gauche s'étant déclarée dans ces circonstances, une saignée de 2 à 300 grammes fut pratiquée avec vésicatoires répétés. Le pouls était descendu à 84 à la fin d'octobre et la tumeur gauche faisait une saillie si visible, pulsatile et douloureuse, qu'une rupture à l'extérieur était à craindre.

C'est alors que M. Lelion eut l'idée de la protéger en appliquant dessus un badigeon de collodion riciné. Sous l'influence de la compression de la peau qui en résulta, ces tumeurs diminuèrent ainsi que l'expansion de leurs battements. Le 13 décembre, la dernière apparue était complétement effacée et le doigt ne percevait plus à sa place qu'une pulsation faible et profonde. L'autre était réduite des deux tiers. Le pouls était descendu à 76.

Le malade se rétablit ainsi peu à peu, au point d'aller et venir, de monter et descendre ses cinq étages, lorsqu'il

mourut subitement à la fin de juin 1876, sans que l'autopsie ait été faite. (*Gaz. hebdom.*, nº 43, 1876.)

Si le bromure de potassium et surtout le traitement antiphlogistique actif, le repos et la diète nécessités par une pleurésie de deux à trois mois, ont pu exercer leur influence sur le retrait progressif de cette tumeur anévrysmale, il n'en reste pas moins évident que la compression locale a été l'agent le plus actif et que c'est là un moyen à ne pas négliger contre les anévrysmes saillants.

Anévrysme de la gastro-épiploïque. Cet exemple, peut-être unique, doit servir à l'occasion à formuler un diagnostic hardi. Une femme très-corpulente se plaignait d'un point douloureux localisé à l'épigastre avec exacerbations intermittentes ; divers autres symptômes du côté du bas-ventre et d'un état général grave existaient. Les douleurs disparues revinrent subitement, sous forme d'attaque, avec signes de perforation, collapsus et mort en vingt-quatre heures.

L'ouverture de l'abdomen, faite par Ponfick, montra une nappe de sang provenant de la rupture d'un anévrysme, comme un œuf de poule, sur le trajet de l'artère gastro-épiploïque droite, entourée d'autres petits sacs, précisément au siége de la douleur primitive. Des lésions anévrysmatiques diverses, avec dégénérescence du cœur, montrèrent que cette rupture n'était qu'un accident d'un état général très-grave. (*Arch. fur pathol. anat. und phys.*)

Anévrysme variqueux. *Ligature de l'artère et de la veine.* Cette opération lui ayant déjà réussi (Voy. *année* 1875), M. Th. Annandale l'a renouvelée à l'infirmerie d'Édimbourg, le 3 mars 1876, sur un jeune homme de 20 ans qui avait reçu un morceau de métal dans le mollet droit. Une hémorrhagie s'ensuivit. Le bandage n'empêcha pas le gonflement de survenir avec des battements.

A l'examen, six semaines après, on constatait une petite cicatrice au centre du mollet avec une petite ouverture fistuleuse à l'une de ses extrémités, à un pouce et demi environ de l'artère tibiale, sans communiquer avec ce vaisseau ni le sac. Gonflement profond et diffus avec battements, le dépassant en haut le long des vaisseaux tibiaux. Un thrill caractéristique existait aussi.

La compression n'ayant pu être supportée, M. Annandale ouvrit le sac après avoir élevé le membre et placé un tourniquet sur la partie supérieure de la jambe. Une incision de cinq pouces de long fut pratiquée le long du bord interne du tibia au milieu de la jambe ; puis, en plaçant le gastro-cnémien de côté et en divisant l'insertion du soléaire et l'aponévrose profonde couvrant les vaisseaux, le sac se présenta. Il avait le volume d'une grosse noix et était rempli de sang liquide et de quelques caillots. Une fois vidé et épongé, deux ouvertures furent distinctement reconnues dans son intérieur. Un stylet, introduit dans l'une, conduisait dans la tibiale postérieure, et l'autre dans une veine satellite, celle-ci était légèrement dilatée au-dessus de la plaie. Après une légère dissection des vaisseaux, une ligature avec le catgut fut appliquée sur l'artère au-dessus et au-dessous de la blessure et de même sur la veine. Dès le 15 mars, la plaie était cicatrisée et, le 11 avril suivant, l'opéré quittait l'hôpital parfaitement guéri et sans la moindre trace d'anévrysme. (*Lancet*, 14 octobre 1876.)

ANKYLOSES. *Emploi du ciseau.* A défaut d'avoir pu rompre une fausse ankylose du genou, en employant la force voulue, chez une fille de 22 ans qui, à la suite d'une arthrite rhumatismale, avait la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse et sans usage depuis six ans, M. A. Richardson fit l'opération suivante.

Un large lambeau semi-lunaire, à convexité postérieure, fut taillé sur le côté externe de l'articulation et montra une ligne de démarcation entre la rotule et le fémur. Une étroite incision y fut pratiquée sous l'os, et, y introduisant le ciseau, il sépara complétement la rotule de la masse osseuse dans laquelle elle se confondait, moins le tendon qui y adhérait, bien entendu. A cet effet, le ciseau fut dirigé horizontalement, puis verticalement à travers la masse osseuse avec une force considérable. La jambe fut alors redressée en brisant quelques brides fibreuses unissant le tibia et le péroné aux autres os. Le lambeau fut replacé et suturé et, après un pansement avec la teinture de benjoin, le membre fut mis dans une gouttière. Tout cela n'avait duré que vingt-cinq minutes.

L'union par première intention se fit sans réaction notable

ni aucune complication. Dès le quatorzième jour, la cicatrisation étant complète, des mouvements furent imprimés à l'articulation et, le dix-neuvième, l'opérée pouvait se tenir droite sur sa jambe et marcher avec un bâton. (*Lancet*, 4 août.)

C'est le second succès de ce genre obtenu par le même chirurgien. Il y a donc lieu de prendre ce procédé en sérieuse considération, quand des exostoses constituent ainsi de fausses ankyloses. Il n'y a ni division, ni débris d'os et l'on agit ainsi à ciel ouvert.

ANOSMIE. Depuis le mémoire de M. Notta sur ce sujet (V. *année* 1870), aucun travail n'est venu en modifier la division étiologique. Le cas observé par le docteur Knight, chez un marchand de thé, âgé de 42 ans et soumis à la Société médicale d'observation de Boston, le 18 juin dernier, se range ainsi dans l'anosmie traumatique. Trois ans avant, il était tombé sur le derrière de la tête et était resté douze heures ensuite sans connaissance. Du sang s'était écoulé du nez et d'une oreille et il y avait ainsi lieu de croire à une fracture de la base du crâne ou de quelque autre lésion; aucune autre cause ne pouvait être attribuée à cette perte du goût et de l'olfaction.

Cette cause paraît être la moins défavorable au pronostic. Sur les 22 cas collectés par l'auteur, 10 étant consécutifs au traumatisme comme celui-ci, il y eut retour complet du goût dans deux et partiel dans un autre, tandis que, sur 12 cas où aucun signe appréciable n'existait, il n'y eut que deux guérisons et encore n'était-elle que partielle dans le dernier cas. Cette cause est donc non-seulement la mieux connue et la plus fréquente, mais aussi la plus curable, quand les nerfs olfactifs ne sont pas altérés ou divisés. (*Boston med. and surg. journ.* 13 septembre.)

ANURIE. *Vomitifs, purgatifs.* L'urée, en s'accumulant dans le sang par la suppression de l'urine due à une cause quelconque, donne infailliblement lieu à un empoisonnement urémique. C'est ainsi que le docteur Dumas (de Cette) l'observa chez un portefaix de 45 ans qui avait reçu un violent coup de palan sur les reins. Une hématurie très-abondante s'ensuivit qui dura près d'un mois.

Il paraissait guéri, lorsque, un an après, survinrent de vives

coliques néphrétiques avec vomissements, douleurs dans les testicules, envies d'uriner et suppression plus ou moins complète d'urine pendant deux ou trois jours sans que le cathétérisme en rencontrât. Enflure des extrémités; amaurose incomplète.

Ces accès se rapprochèrent d'année en année en s'aggravant. Un dernier est survenu, quatre ans après le traumatisme, pendant lequel l'anurie a duré treize jours. Mort après des vomissements abondants et des symptômes d'urémie : convulsions, éclampsie.

Le fait remarquable de cette observation est la prolongation de l'anurie sans que des accidents encéphalopathiques mortels aient survenu plus tôt. L'auteur en trouve la raison dans la fréquence et l'abondance des vomissements, d'autant plus qu'après chaque expulsion du liquide stomacal, le malade éprouvait un soulagement marqué. On peut donc admettre qu'en pareil cas, les muqueuses de l'estomac et de l'intestin éliminent l'urée et suppléent les reins jusqu'à un certain point.

C'est ainsi que, pendant une anurie prolongée chez une jeune fille hystérique, les vomissements très-fréquents, alternant avec des selles abondantes, avaient tous les caractères physiques de l'urine. L'analyse y trouva de l'urée et même de l'acide urique.

De là une source d'indications pour proscrire l'opium et ses dérivés qui pourraient troubler la fonction éliminatrice supplémentaire des voies digestives et de la favoriser au contraire par des purgatifs ou des vomitifs. En retardant l'empoisonnement urémique, ils donnent le temps à l'économie de rétablir la fonction de l'uropoïèse quand la lésion n'est pas irrémédiable.

C'est ainsi qu'une femme en couches de son onzième enfant, prise d'éclampsie sans œdème marqué, s'en trouva bien; l'anurie s'étant montrée pendant les sept à huit jours suivants sans que le cathétérisme retirât plus d'un demi-verre d'urine trouble, épaisse, couleur lie de vin, avec dépôt énorme d'albumine dans les vingt-quatre heures, un vomitif d'ipéca et des purgatifs répétés favorisèrent sa guérison, malgré des symptômes cérébraux et un état de subdelirium grave. (*Union méd.* n°s 142 et 144, 1876.)

Cette conduite est donc à imiter.

Toutefois, n'y a-t-il pas lieu de penser que cette médication évacuante, en facilitant l'élimination de l'urée, entretient la torpeur des reins? Telle est l'opinion du docteur Whitelaw, d'après le fait suivant :

Electricité. Chez un garçon de 8 ans, atteint de scarlatine le 11 septembre, il y eut diminution graduelle de l'urine au commencement de décembre suivant, malgré un excellent appétit et une bonne santé. Il n'y avait qu'un peu de sensibilité à la région lombaire sans œdème ni infiltration; l'urine était claire, d'une gravité de 1018 et sans albumine. Malgré un bain chaud, des cataplasmes sur les reins et des boissons diurétiques abondantes, pas une goutte d'urine ne fut rendue du 7 au 20 décembre, bien que l'enfant continuât à manger et dormir très-bien, ne se plaignant que de céphalalgie. Mais trois à quatre selles étaient provoquées chaque jour par l'usage de poudre de jalap composée, de diaphorétiques, bains chauds et cataplasmes.

Le docteur Lumgair, appelé en consultation le 19 décembre, ne pouvait le croire en l'absence d'anasarque et de symptômes urémiques. Il conseilla l'application de vésicatoires sur les reins, qui provoqua l'émission, vingt heures après, de deux *ounces* d'urine sans albumine. Mais ce fut tout jusqu'au 27 que le vésicatoire fut renouvelé sans effet. On cessa alors l'usage de tout médicament évacuant, mais les selles liquides continuèrent. Le 31 décembre, un léger œdème apparut aux membres inférieurs et, le 2 janvier seulement, 4 à 5 grammes d'urine furent rendus.

C'est alors qu'avec l'aide du docteur Frazer l'électricité fut appliquée sur les reins, et, dans l'espoir de provoquer une action réflexe, un cathéter fut introduit dans la vessie. Bientôt il en résulta une sécrétion croissante d'urine qui fut rendue chaque jour. La quantité normale ne fut atteinte que le 12 janvier. (*Lancet*, n° 13, 29 septembre.)

AORTITE. Par sa gravité autant que pour sa distinction d'avec l'angine de poitrine qui peut être confondue avec elle, cette maladie aiguë, peu connue, mérite d'être étudiée d'après l'observation de plusieurs cas que le docteur Léger en a fait pendant son internat. Elle consiste dans l'inflammation de toute l'épaisseur de la paroi de

l'aorte. On trouve ainsi non-seulement des irrégularités, des plaques gélatineuses, des ecchymoses même et des vaisseaux de nouvelle formation de la membrane interne, mais des lésions de la membrane moyenne et de la membrane externe, se propageant jusqu'au péricarde qui est souvent enflammé et jusqu'aux rameaux nerveux du plexus cardiaque, ce qui en explique bien les phénomènes douloureux. La dilatation de l'aorte atteint parfois des dimensions très-grandes, et une hypertrophie du cœur considérable.

Des altérations athéromateuses préalables paraissent jouer constamment le rôle d'épine. Toutes les causes qui peuvent produire l'athérôme précoce peuvent être invoquées pour l'aortite, c'est-à-dire l'alcoolisme, la goutte, et le rhumatisme par propagation d'une endocardite, sans compter des causes occasionnelles comme la fatigue, les refroidissements ou les violences extérieures.

Le mal débute presque toujours brusquement : un homme, ordinairement dans l'âge moyen de la vie, accuse tout à coup, après quelques palpitations, une oppression extrême avec angoisse précordiale, sans fièvre. Ces attaques se répètent bientôt pour laisser dans leur intervalle une dyspnée continue rendant tout travail impossible. L'apparence extérieure du patient est caractéristique : son teint est plombé, comme terreux ou quelquefois d'une pâleur de cire. Les artères sont soulevées énergiquement à chaque battement du cœur. Le pouls dépressible et régulier, différant à droite et à gauche, retombe brusquement sous le doigt. Pas d'œdème. Battements du cœur énergiques et sourds, un peu étouffés, sans mélange de souffle ; mais plus haut l'oreille perçoit, sur le trajet de l'aorte, tantôt un double murmure, tantôt un souffle unique systolique, sans rudesse et se prolongeant le long du vaisseau. Plus tard, l'anxiété redouble avec sensation de brûlure, de déchirement rétro-sternal d'une extrême violence, et il peut même arriver qu'au milieu d'un de ces accès, parfois même dans leur intervalle, le malade meure subitement.

La maladie débute parfois moins brusquement. Des palpitations avec anxiété et oppression en sont les préludes. Mais, une fois déclarés, les accès se répètent à la moindre cause jusqu'à la mort. D'autres fois ils diminuent, mais une angoisse permanente rend l'état général si misérable que

la mort subite en est encore la fatale terminaison. Quand les accès s'éloignent sans oppression ni anxiété, la guérison peut être espérée, car elle s'est réalisée ainsi chez une femme de 77 ans.

Toute la différence avec l'angine de poitrine consiste donc dans une invasion moins subite, une santé moins parfaite; l'intervalle des accès est aussi moins dégagé d'accidents. Mais l'analogie est parfois telle qu'il est difficile de se prononcer immédiatement. Calmer la douleur avec les narcotiques et par des applications de glace, de ventouses, de vésicatoires, sur le siége du mal, sont les moyens les plus efficaces. L'iodure de potassium peut aussi enrayer les accès.

APOPLEXIE. *Diagnostic différentiel de l'apoplexie et de l'embolie cérébrales.* Après avoir rappelé en détail les différents signes bien connus de ces deux lésions, le docteur Gelpeke les résume dans le tableau synoptique suivant :

Apoplexie.	Embolie.
Age avancé.	Jeunesse.
Athérôme des artères.	Processus rhumatismal articulaire.
Hypertrophie du ventricule gauche.	Lésions valvulaires.
Atrophie des reins.	Autres affections produisant la thrombose.
Emphysème.	
Abus de l'alcool et d'autres causes débilitantes.	
Prodrômes.	Absence de prodrômes.
Aphasie ataxique.	Paralysie complète.
Symptômes de compression cérébrale.	Aphasie amnestésique.
Symptômes de congestion cérébrale durant l'accès.	Symptômes d'embolie dans d'autres artères.
Disparition lente des désordres organiques.	Disparition rapide ou diminution imperceptible de ces altérations.
Altération de l'intelligence.	Intégrité possible de l'intelligence.
Période de réaction.	

(*Morgagni.*)

ARTHRITE. *Atrophie musculaire.* (Voy. ce mot.)

Arthrite chronique. (Voy. *Injections hypodermiques de nitrate d'argent.*)

ASCITE. *Baume de Copahu.* La propriété diurétique du copahu, déjà signalée dans ce Dictionnaire, est de plus en plus mise à profit en Angleterre sans que l'on paraisse s'en douter de ce côté-ci du détroit. L'origine de l'ascite est, il est vrai, très-mal précisée dans tous ces cas, mais d'accord avec le caractère positif des Anglais, il guérit, et cela leur suffit. Plusieurs auteurs en ont cité des exemples, Dixon notamment; mais c'est à Taylor que l'on en doit la démonstration la plus convaincante par de nombreuses observations faites à l'hôpital Guy et dont voici le résumé.

60 malades, dont l'hydropisie était le symptôme prédominant, ont été traités par la résine de copahu dissoute dans l'alcool jusqu'à consistance d'opiat. 90 grammes de cette mixture étant mélangés à 120 grammes de gomme adragante dans 4 pintes d'eau, on administrait 30 grammes de ce mélange trois fois par jour contenant 60 à 65 centigrammes de résine, soit environ 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Tous les malades l'ont bien tolérée, elle est sans goût.

Dans 40 observations où il s'agissait d'ascite consécutive aux maladies du foie ou à une irritation péritonéale, à une hydropisie par lésion du cœur, à une anasarque et ascite consécutives à l'emphysème et à la bronchite, à des épanchements pleurétiques, des hydropisies d'origine rénale, les résultats de cette médication ont été des plus nets. De 20 onces par jour, la quantité d'urine s'éleva, dès le lendemain, à 40, puis à 56, 60, 74, 96 onces les jours suivants. L'augmentation s'est même élevée de 60 onces à 140 en quelques jours, en même temps que le poids spécifique baissait de 8 à 14 degrés.

Le nombre de ces faits et l'uniformité de la diurèse témoignent assez de l'action réelle du copahu. Il suffit d'en suspendre l'emploi, dans plusieurs cas, pour voir cesser les évacuations qui reparaissent de nouveau en reprenant la résine; sa présence dans l'urine, une à deux heures après son ingestion, se manifeste par un précipité comme albumi-

neux par l'acide nitrique, mais soluble dans l'alcool. Les urines albumineuses ne l'offrent pas. (*Guy hospital Reports*, 1876.)

Voici encore le résumé de nouveaux faits qui témoignent de son action diurétique incontestable.

Un charpentier de marine de 38 ans, grand buveur de bière, ayant passé cinq ans dans l'Inde et en Chine, entre à *West London hospital*, dans le service du docteur Thorowgood, le 14 décembre 1876, avec le ventre très-tendu, mat, fluctuant, avec dépression marquée au-dessus du cartilage xiphoïde et saillie des veines. Respiration et circulation normales, pouls à 84. Urine rare et très-colorée, sans sucre ni albumine. Teint et conjonctives jaunes, langue sèche et chargée. Il n'est pas question du foie.

Des purgatifs salins et des diurétiques sont administrés jusqu'au 26 décembre sans diminution de l'épanchement. On commence alors l'emploi de la mixture suivante trois fois par jour :

℞ Baume de Copahu..................	} ãã	20 gouttes.
Éther nitrique.....................		
Eau de cannelle........................		q. s.

Mêlez.

Dès le 5 janvier, l'urine est très-abondante et, de 37 pouces de diamètre, l'abdomen tombe rapidement à 33, de manière que le malade quitte l'hôpital le 28 janvier. Revu le 6 février, il est dans un état de santé très-satisfaisant, mais la matité hépatique s'élève au niveau du mamelon et semble due à un état cirrhotique avec obstruction de la circulation de la bile.

Les faits suivants ont été relatés à la Société clinique de Londres le 27 avril. Un garçon de cinq ans et demi, n'ayant eu aucune maladie infantile, est reçu à l'hôpital Samaritain, le 4 octobre, service du docteur Day, avec un épanchement abdominal très-abondant. Le diamètre du ventre est de 24 pouces à 2 pouces au-dessus de l'ombilic. Matité hépatique étendue et de la base du thorax, pouls à 120, respiration 32. Urine acide avec dépôt lithique, dense, sans albumine. Il est soumis au lait avec régime tonique et jalap. Mais l'enflure augmente même à la face et le diamètre du ventre s'élève à 28 pouces le 20 octobre. Veines saillantes. Urine très-chargée de lithates. La teinture de digitale et le citrate

de potasse sont administrés jusqu'au 5 novembre, et le ventre augmente toujours. L'urine devient plus rare. La paracentèse est pratiquée le 17 et donne issue à 84 *ounces* ou 871 grammes environ d'un liquide sirupeux couleur paille. Pas d'hypertrophie du foie ni de la rate.

Le 24 novembre, l'urine est plus claire et sa quantité de 19 à 20 ounces dans les 24 heures. 10 gouttes de perchlorure de fer sont administrés par jour à partir du 1er décembre, mais, le 26, l'épanchement s'est reproduit et le ventre mesure 27 pouces. *On donne alors le copahu.*

Dès le 5 janvier, l'urine est claire et abondante et le diamètre abdominal de 25 pouces seulement. Il diminue graduellement à 23 pouces et demi le 26, à 23 le 9 mars et à 22 le 26. Le copahu a été continué sans interruption et exclusivement pendant cinq mois consécutifs. Le malade guérit.

Chez un garçon de 8 ans, ayant une ascite due évidemment à une induration du foie, la paracentèse, pratiquée par le docteur Green, fut suivie aussitôt d'une récidive de l'épanchement. Le docteur Barlow prescrivit alors le copahu à la dose de 20 grains : 1 gr. 30 par jour. En trois à quatre semaines, l'épanchement avait presque disparu, à mesure que l'urine augmentait. Il n'y a pas eu de récidive. (*Lancet*, n° 18, 5 mai.)

Un chauffeur de 45 ans entre à l'infirmerie de Liverpool, le 11 novembre 1876, pour une ascite. Grand buveur de bière, dont il absorbait huit à dix pintes journellement avant déjeuner, il éprouve, depuis deux jours, des pituites le matin. Vomissements abondants de sang et selles sanguinolentes il y a quinze jours. Son ventre commença dès lors à enfler et l'urine à diminuer. Émacié et un peu jaune, il a une urine rare, très-colorée, d'une gravité de 1025, sans albumine.

Après une première paracentèse, le docteur Glinn prescrit une solution d'acétate de potasse avec teinture de digitale, jusqu'au 7 décembre, sans que l'urine augmente notablement. Le copahu est alors administré et, quoique l'émission de l'urine ait triplé, une seconde ponction est faite le 27 décembre à cause de la dyspnée.

Diverses médications sont ensuite successivement essayées en janvier et février sans aucun résultat. 3 paracentèses sont pratiquées dans cet intervalle.

C'est alors que l'usage du copahu est repris. L'urine qui s'élevait à 42 onces le 26 février s'élève graduellement à 55 le 3 mars, à 75 le 10, à 87 le 15, à 100 le 25, à 140 le 30 et jusqu'à 206 le 11 avril. L'ascite avait complétement disparu le 16 et le copahu fut dès lors remplacé par 15 gouttes de la solution de perchlorure de fer trois fois par jour. Le malade reprit promptement des forces. (*Idem*, n° 2, 14 juillet.)

Quelle que soit la cause de l'épanchement, il est bien difficile d'admettre que sa disparition ait toujours simplement coïncidé avec l'administration du copahu et ne soit pas due à l'action de cette résine. Il est donc indiqué par ces faits d'en tenter au moins l'épreuve en pareil cas.

ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS. Étiologie. Tous les phénomènes de cet étrange syndrôme, dont le docteur M. Raynaud a fait une entité pathologique, se sont présentés à l'observation de M. Calmette chez plusieurs malades, soldats, colons et indigènes algériens, atteints de fièvre intermittente paludéenne ou l'ayant été et en portant encore les marques, comme l'engorgement de la rate et l'aspect cachectique. Il en rapporte cinq observations sur des malades admis à l'hôpital de Dra-el-Mizan avec des signes évidents d'asphyxie locale plus ou moins accentués, se manifestant soit pendant ou après le frisson, soit spontanément sous forme d'accès et d'une manière intermittente. Et comme une preuve de leur nature, deux malades offrirent simultanément une contractilité des artères rétiniennes avec troubles oculaires et la dernière présenta même la gangrène symétrique des extrémités qui est la dernière expression la plus grave de cette maladie. L'amélioration ou la guérison produites par le sulfate de quinine est une autre preuve de son étroite liaison avec la fièvre paludéenne.

A l'appui de cette observation et pour la confirmer, l'auteur signale plusieurs faits antérieurs où cette coïncidence d'accès fébriles avec l'asphyxie locale est remarquée par divers médecins. M. Raynaud lui-même, dans un cas de ce genre, se demandait si la fièvre n'était pas pour quelque chose dans le développement de l'asphyxie. Elle s'est montrée d'ailleurs avec des accès fébriles intermittents sans indice d'intoxication tellurique, comme il en relate plusieurs exemples, de manière à mettre hors de contestation sa

coïncidence assez fréquente avec les accès fébriles et en établir la nature.

Cette asphyxie locale, ayant pour terme la gangrène symétrique, est trop différemment considérée et trop imparfaitement limitée, suivant l'auteur, pour constituer une entité morbide. S'en référant aux expériences physiologiques modernes établissant que l'excitation directe ou réflexe de la moelle épinière est la cause efficiente du spasme symétrique des vaisseaux, de la contractilité vaso-motrice, mais que des gangrènes unilatérales peuvent se faire par l'intermédiaire des ganglions situés sur le trajet des fibres vaso-motrices des parois vasculaires, sinon d'une façon autonome de ces vaisseaux, il en conclut qu'elle est le syndrôme d'une irritation vaso-motrice d'origine centrale ou périphérique, dont les syncopes, les asphyxies locales et les gangrènes symétriques ne sont que les phénomènes. Et passant en revue, pour le prouver, les différentes affections où s'observent des phénomènes syncopaux, asphyxiques ou gangréneux d'origine nerveuse, il cite les maladies dites céréales, par alimentation vicieuse avec l'ergot de seigle, la jarosse, la pellagre, l'acrodynie, l'intoxication arsénicale, le béribéri de l'Inde et du Brésil, le diabète, la fièvre typhoïde, la leucémie et toutes les cachexies et autres états misérables de l'économie où se manifestent uniformément des éruptions, des lésions, des gangrènes des extrémités, comme dans l'asphyxie locale ou la sclérodermie. L'intermittence ou la rémittence de ces accidents, comme ceux de la névrose vaso-motrice de M. Armaingaud, les rapproche de ceux de la fièvre. La même cause irritative tient donc sous sa dépendance les phénomènes d'asphyxie locale et accès intermittents. La périodicité des symptômes nerveux de la pellagre, de l'ergotisme et de l'acrodynie n'ont-ils pas fait croire souvent à la fièvre et à la médication quinique ? Ce syndrôme est donc naturel dans les fièvres intermittentes qui ont un retentissement si marqué sur l'axe cérébro-spinal que des auteurs en ont fait une affection nerveuse.

On peut donc conclure que l'asphyxie locale des extrémités est la signification clinique d'un grand nombre d'états pathologiques susceptibles d'impressionner, soit primitivement soit consécutivement, les parties du système nerveux tenant les actions vaso-motrices sous leur dépendance.

Et l'on peut unifier nosologiquement les troubles nerveux de ces différents états morbides et demander s'ils ne sont pas justiciables d'une thérapeutique uniforme quand ce syndrôme existe. (*Rec. de méd. et chir. militaires*, janvier.

ASTHME. *Brassière respiratoire.* — Voy. Orthopnée.

ATAXIE LOCOMOTRICE. Elle peut être simulée par un phimosis, comme le docteur Hurd en a observé un exemple chez un enfant de sept ans, né de parents robustes et bien portants. Non-seulement l'incoordination des mouvements était manifeste quand il voulait marcher, mais il lui était presque impossible de porter la main à la bouche pour prendre ses aliments. Il présentait même les phénomènes oculo-pupillaires que l'on retrouve dans cette maladie. Hyperesthésie cutanée, pouls et température normaux. Constipation, dysurie, crise épileptiforme. Les préparations de jusquiame étant restées sans effet, M. Hurd, procédant à un nouvel examen, constata un phimosis comprimant fortement le gland. La circoncision fut aussitôt pratiquée et, malgré quelques accidents inflammatoires consécutifs, tous les phénomènes nerveux disparurent par cette opération. C'est donc une preuve des paralysies réflexes, contrairement à l'opinion de M. Vulpian. (*Boston med. and surg. journal*, janvier nº 3.)

Altération de la sensibilité de contact. Des observations faites par M. Oulmont sur 20 femmes ataxiques à tous les degrés, placées dans le service de M. Charcot, sur la sensibilité cutanée, il est résulté que des troubles existaient à cet égard chez 17. Ils sont diffus par plaques symétriques pouvant occuper tous les points du corps, notamment aux membres, à la tête et au niveau des seins, surtout quand le tronc est pris. (*Soc. de biol.* février.)

Fractures spontanées des membres. Outre les arthropathies par simple atrophie des extrémités articulaires, signalées par M. Charcot chez les ataxiques (Voy. *année* 1875), ces malades semblent prédisposés à la même altération dans la longueur des os longs. M. Oulmont relate ainsi une double fracture spontanée, observée dans le service de M. Charcot,

chez une femme de 75 ans dont les premiers accidents ataxiques dans les membres inférieurs et la colonne dorsale remontent à 1847. Les membres supérieurs furent pris l'année suivante et un gonflement du poignet droit se manifesta en 1852 sans aucun trouble oculo-moteur parmi ces prodromes. Un sentiment de fatigue et de faiblesse eut lieu dans les jambes en 1872 et la hanche gauche se gonfla avec raccourcissement du membre, et crépitation de l'article dans les mouvements passifs.

Elle était dans cet état depuis des années, réduite à garder le lit, lorsqu'en mai dernier, une vive douleur se manifesta dans la jambe gauche pendant huit jours. Le 29, elle fut portée sur un lit voisin, lorsque, le lendemain, un gonflement de la partie antérieure du tiers inférieur de la jambe gauche parut avec rougeur de la peau, et l'on constata une fracture des deux os avec un angle très-marqué et un raccourcissement de sept centimètres sans que la patiente en eût conscience.

Le 13 juin suivant, en portant sa main gauche derrière sa tête, elle sentit de même un craquement et perdit l'usage de son bras. L'humérus fut trouvé fracturé à son tiers inférieur et, là comme dans la jambe, la fracture avait été précédée de douleurs.

Aucune cause de fracture spontanée comme syphilis, goutte, cancer ou ramollissement ne l'expliquant ici, l'auteur les rattache à la lésion spinale sinon à une périostite sub-aiguë révélée par les auteurs. (*Progrès médical*, juillet.)

Étude sur les arthropathies survenant dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive, thèse inaugurale, par le docteur J. Michel, Paris, 1877.

Description détaillée de ce symptôme nouvellement découvert avec le diagnostic différentiel de l'arthrite sèche qui peut se rencontrer de même.

Salicylate de soude. C'est spécialement contre l'élément douleur et comme analgésiant que le professeur Sée l'a employé et parfois avec succès. Les douleurs fulgurantes qui prédominent parfois chez les ataxiques, les douleurs vives, persistantes qui suivent le trajet des nerfs sciatiques, les douleurs en ceinture, les irradiations douloureuses va-

gues en sont surtout justiciables, principalement dans leurs périodes d'aggravation, dans leurs crises, alors que l'électrisation, l'hydrothérapie sont contre-indiquées. Ce sel a amené un calme immédiat chez quatre ataxiques dans ces conditions perplexes, notamment une femme de 54 ans qui en a éprouvé un soulagement décisif en deux jours. S'étant refusée à en continuer l'usage, à cause des bourdonnements d'oreilles et de la surdité qu'elle en éprouvait, les crises reparurent, et cédèrent définitivement à l'usage prolongé du médicament. Il faut aussi y revenir pendant quelques jours, soit dix à quinze en moyenne, pour vaincre la crise et en prévenir le retour.

M. Bouchard a confirmé ce résultat sur quatre ataxiques de Bicêtre, dont la maladie remontait à de longues années. En leur administrant 10 grammes de salicylate de soude au moment des crises douloureuses, elles cessèrent le jour même ou le lendemain.

Outre les ataxiques, on fait également cesser les douleurs s'irradiant dans les membres inférieurs dans les cas de myélite avec paraplégie incomplète. Mais le médicament semble augmenter la faiblesse musculaire. (*Acad. de méd.* juin.)

Ataxie locomotrice syphilitique. En spécialiste ingénieux qu'il est, M. A. Fournier cherche à ériger, contre la majorité des médecins, une ataxie syphilitique. Il reconnaît bien qu'elle n'a ni symptômes ni lésions propres, si ce n'est qu'elle débute par des symptômes spinaux et non-cérébraux; mais la paraplégie, la cirrhose syphilitiques, généralement admises, n'ont pas davantage de symptôme différentiel; et comme la sclérose des cordons postérieurs est la lésion de l'ataxie, on comprend que la syphilis tertiaire, qui aboutit souvent à cette lésion, n'en produise pas d'autre.

A ces arguments s'ajoute la fréquence de la syphilis chez les ataxiques. Chez 24 sur 30, il a constaté une syphilis antérieure et M. Féréol, 5 fois sur 11, M. Siredey 8 sur 10.

Mais si la syphilis était la cause de l'ataxie, le traitement spécifique devrait la guérir comme dans beaucoup d'autres affections. Ce serait le plus sûr témoignage en faveur de cette étiologie. Or ce traitement n'a jamais guéri, c'est à peine s'il a amélioré. Mais comme une preuve de ses res-

sources infinies de dialectique, l'auteur oppose que ce traitement a pu être appliqué trop tard, alors qu'un grand nombre d'éléments nerveux étaient déjà détruits. On ne peut mieux défendre sa cause et obliger à convenir qu'il y a toujours lieu de l'essayer. (*De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, par M. le docteur A. Fournier et recueillies par M. Dreifous, interne; Paris, 1876.)

ATHÉROME. Étiologie. Cette dégénérescence de la tunique moyenne des artères, consistant dans l'épaisseur et l'induration par le dépôt d'une matière blanc-jaunâtre composée de carbonates et de phosphates terreux avec quelques granulations protéïques et graisseuses, est un effet commun de la vieillesse qui atteint à peu près indistinctement tous ceux qui y parviennent. M. Gubler a cependant remarqué qu'elle s'observe beaucoup plus tôt dans certaines classes de la société. Un contraste frappant existe à cet égard entre les riches et les pauvres, les citadins et les campagnards. On voit ainsi, dans les hôpitaux, des hommes de 30 à 40 ans et même de 20 et au-dessous présenter des artères radiales épaissies et résistantes et cette dégénérescence est la règle générale, dès l'âge de 45 à 50 ans, chez les manouvriers de la province, terrassiers et maçons en particulier, tandis qu'elle ne débute que vers 60 ans chez les citadins, les hommes placés en haut de l'échelle sociale, et se fait même attendre parfois jusqu'à la vieillesse et la caducité.

Cette différence frappante est beaucoup moins due à l'alcoolisme qu'on ne le pense et le dit, selon l'auteur. On voit beaucoup d'individus atteints de ces indurations artérielles précoces, malgré leur sobriété, tandis que des riches, abusant des boissons alcooliques, en restent indemnes jusqu'à un âge très-avancé.

La cause en est le régime, l'alimentation. Les riches, les citadins se nourrissent principalement de viande et de légumes, de fruits choisis ne renfermant que très-peu de principes minéraux, tandis que les paysans, les pauvres surtout, sont voués aux substances végétales qui en contiennent une proportion considérable : pain, pommes de terre, choux, salades, légumes herbacés, ainsi que les fruits qui font la base de leur alimentation. Les feuilles surtout, en retenant et en condensant dans leur tissu les substances minérales

en dissolution dans la sève ascendante, contribuent à introduire les sels terreux dans l'économie qui se précipitent ainsi dans la sécrétion des larmes, la salive, l'urine, et forment les incrustations calcaires du système artériel.

De même que les feuilles traversées par le courant séreux retiennent les substances terreuses en dissolution, comme les algues maritimes enmagasinent l'iode et le brôme, la membrane fibreuse des artères, tissu peu vivant, peu vasculaire, dont la rénovation est lente, peut se charger peu à peu des substances terreuses et insolubles tenues en suspension dans le sérum. Un testicule, un caillot, introduits dans le péritoine d'un coq, ne laissent ainsi, après un certain temps, qu'une masse diminuée, grisâtre, composée surtout de matière terreuse, c'est-à-dire de carbonates et de phosphates de chaux, qui ont été retenus. C'est encore ainsi que l'eau en filtrant dans les terrains tertiaires sur des bancs de mollusques, les silicate à la longue avec la silice qu'elle contient.

Sans tenir compte des autres analogies organiques et inorganiques, invoquées par l'ingénieux et savant auteur pour rendre compte de cette dégénérescence athéromateuse par le régime végétal et surtout herbacé, concurremment avec l'usage des eaux potables chargées de sels terreux, le fait sera facile à contrôler. L'athérome artériel doit ainsi être plus fréquent, plus précoce et plus marqué dans les pays, les régions calcaires que sur les terrains siliceux. Sa généralisation chez les paysans de l'Orléanais, suivant le docteur Leblanc, et sa rareté dans la région granitique et volcanique du Puy, suivant le docteur Vibert, sont des commencements de preuves.

D'ailleurs une preuve directe est fournie par le docteur Raymond. Dans un couvent de trappistes, dont les adeptes, recrutés dans les rangs élevés de la société, sont voués à la claustration et à la nourriture végétale, il a observé, chez une dizaine de moines encore jeunes, des radiales fortement indurées et notamment chez le prieur, âgé de 32 ans seulement. Ces données pourront aider à trouver d'autres preuves et à contrôler la valeur de cette théorie (*Ann. d'hygiène et de méd. légales*, septembre, vol. 101.)

ATROPHIE MUSCULAIRE. *Sa dépendance des maladies*

articulaires. Attribuée exclusivement à des lésions du système nerveux central ou périphérique, cette atrophie est maintenant rattachée à une cause beaucoup plus immédiate. On avait bien observé, à la suite des fractures des membres avoisinant les articulations, une atrophie des muscles adjacents, mais on l'attribuait à l'immobilité, le défaut de fonction de l'organe, en empêchant la nutrition. Le même effet s'observant à la suite des arthrites rhumatismales et traumatiques le faisait attribuer simplement au repos. Tous les chirurgiens ont signalé cette atrophie consécutive à la suite des luxations, surtout des grandes articulations de l'épaule et de la hanche. J. L. Petit et Boyer attribuaient ainsi l'atrophie du deltoïde à la contusion du nerf circonflexe, Malgaigne à la commotion nerveuse, et M. Empis à l'altération même du tissu musculaire. Sans doute, ces différentes causes ont pu agir dans certains cas types, mais elles ont été généralisées par erreur.

L'observation attentive de certaines atrophies musculaires, si éloignées du siége du mal qu'il était impossible de les attribuer à l'immobilité, ont enfin mis sur la voie de la vérité. Le succès du traitement par les courants faibles et continus, appliqués par M. Le Fort dès 1872, a surtout indiqué la localisation de la nouvelle cause. (V. HYDARTHROSES, 1876.) Et c'est ainsi qu'une fois l'attention éveillée, les faits n'ont pas manqué de se présenter en foule. Cette atrophie est en effet une manifestation presque obligée de l'inflammation des jointures. On l'observe à peu près indistinctement au niveau de toutes les grandes articulations, celle du genou en particulier, dans le cours des arthrites les plus diverses : spontanées, traumatiques, aiguës et chroniques. Et cela dès le début, comme pour mieux marquer sa relation de cause à effet.

Au silence absolu tenu sur cette nouvelle cause par les classiques, ont ainsi succédé plusieurs thèses la mentionnant. Soutenues à Paris, elles montrent sa fréquente observation dans les hôpitaux. Toute la presse en a retenti. Dix observations cliniques, rapportées par le docteur Valtat, vont servir à édifier son histoire.

Dès qu'une arthrite se déclare, il survient peu de temps après, c'est-à-dire avec la douleur et le gonflement, un affaiblissement plus ou moins marqué de la contractilité

des muscles affectés à cette jointure. Les extenseurs sont les premiers et les plus profondément atteints : le triceps crural dans les maladies du genou, le deltoïde dans celles de l'épaule, les fessiers à la hanche, etc. Dans le cas le plus simple et le plus fréquent, par exemple, l'arthrite du genou, la cuisse, au lieu d'être arrondie et globuleuse, est, dès le lendemain, aplatie, étalée et dépourvue de tout relief musculaire. Elle semble diminuée de volume par le relâchement et la flaccidité des muscles. Le triceps en particulier ne peut plus se contracter, se durcir, et, la jambe fléchie, il peut à peine l'étendre. C'est la parésie sinon la paralysie complète des extenseurs par laquelle débute toujours l'atrophie musculaire.

Il est rare que le médecin observe cet état paralytique simple, à moins d'une chute, d'un coup qui le fasse appeler immédiatement. Il peut même échapper à l'attention quand les muscles n'ont perdu qu'en partie la faculté de se contracter, comme dans l'immense majorité des cas. On peut aussi attribuer le défaut de mouvement à la douleur. Mais la preuve qu'il y a bien paralysie, c'est qu'elle persiste parfois longtemps après que toute douleur et tout épanchement ont complètement disparu. Une impuissance absolue des extenseurs fut ainsi constatée par M. Le Fort, trois semaines après une entorse du poignet, bien que l'atrophie fût à peine marquée.

Ordinairement, l'affection remonte déjà à plusieurs jours dans les cas simples, spontanés, et l'on constate alors, avec le relâchement et la flaccidité des muscles de la région, une véritable atrophie. Dans la plupart des cas, celle-ci s'observe du huitième au douzième jour et se traduit par une diminution appréciable de la circonférence du membre affecté. Telle est sa fréquence que l'on peut se demander si elle n'est pas plutôt un symptôme qu'une complication des maladies articulaires. La nature de l'arthrite, aiguë ou chronique, spontanée ou traumatique, pas plus que l'âge, le sexe, ne paraissent avoir d'action sur cette atrophie qui a lieu au voisinage de presque toutes les articulations. Il suffit de mesurer avec soin et uniformité la circonférence du membre, au-dessus de l'articulation malade, pour constater la différence avec le côté opposé. Les entorses, les hydarthroses, les tumeurs blanches y donnent lieu comme le

rhumatisme. Une différence de 2 à 4 centimètres en est toujours la conséquence et parfois de 7 à 10 à la cuisse. Le triceps est alors réduit à une couche mince, qui permet d'arriver facilement sur le fémur. De même au bras, à la hanche, à l'épaule, à l'avant-bras.

Cette atrophie reste le plus souvent limitée au segment de l'articulation malade, mais elle s'étend parfois au membre tout entier. Les fessiers s'atrophient d'abord dans l'arthrite coxo-fémorale, mais la cuisse et même la jambe ne tardent pas à s'atrophier si la maladie se prolonge. L'atrophie du deltoïde, si fréquente à la suite des contusions de l'épaule et de ses luxations, de la chute sur le coude ou sur la main, comme M. Panas en cite un exemple et M. Le Fort un autre, est ainsi confirmée. Dans trois cas d'arthrite du poignet, l'atrophie intéressait les interosseux et les muscles du thénar.

Si la contractilité volontaire est plus ou moins diminuée, la contractilité faradique est rarement atteinte malgré l'ancienneté de la lésion. Sa diminution fut observée seulement 4 fois sur 26 cas.

La parésie et l'atrophie musculaire persistent et s'accroissent en général tant que dure l'affection articulaire entraînant des troubles fonctionnels, comme l'impossibilité de la flexion et de la marche, l'ascension surtout. On rencontre ces accidents avec des hydarthroses indolores et que l'atrophie seule explique, comme plusieurs exemples le démontrent.

Quoique dues à la même cause, ces deux lésions musculaires évoluent souvent indépendamment l'une de l'autre. L'atonie, la parésie du début disparaît, alors que l'atrophie augmente, sans que l'on en ait trouvé la raison. Mais, séparées ou réunies, le diagnostic en est facile dès que l'on y regarde. Si l'exploration a parfois lieu d'être minutieuse, elle sera presque toujours couronnée de succès. C'est pour avoir attribué l'immobilité, la faiblesse du membre à la douleur et son atrophie au repos qu'on les a si longtemps méconnues.

On ne peut invoquer que des raisons théoriques, des hypothèses sur la pathogénie de ces lésions musculaires. L'inertie fonctionnelle, le repos étant discrédités par des exemples contraires, on l'attribue à l'irritation réflexe si fort en faveur. Selon M. Vulpian, les extrémités des nerfs de

l'articulation seraient irritées par l'arthrite et détermineraient ainsi ces modifications. Ce qu'il y a de certain, au contraire, c'est qu'elles dépendent bien directement de l'arthrite elle-même. M. Valtat l'a prouvé en provoquant expérimentalement une arthrite artificielle chez les chiens par des injections irritantes. A défaut de pouvoir juger de la parésie et de l'atrophie musculaire comme sur l'homme, il a sacrifié ces animaux dans la période de guérison et a pesé séparément les muscles du membre lésé comparativement avec ceux du côté opposé. Une diminution plus ou moins considérable de tous les muscles en a été la conséquence dans les six expériences relatées. La démonstration est donc complète sous ce rapport.

Le pronostic est sans gravité quand la maladie principale est traitée convenablement. Les muscles recouvrent facilement et vite leur force et leur volume. Le mouvement, l'exercice suffit à les faire disparaître pendant la convalescence. Mais si l'arthrite est abandonnée à elle-même, l'atrophie peut être persistante et c'est dans ce cas que l'efficacité de courants faibles et continus a été démontrée par M. Le Fort. (*Arch. de méd.* août et septembre.)

De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations, thèse inaugurale par le docteur E. Valtat, ancien interne des hôpitaux, Paris, 1877.

Des atrophies consécutives à quelques affections articulaires. Thèse inaugurale par le docteur Darde, chirurgien militaire, Paris, 1877.

Plusieurs observations d'atrophies musculaires, recueillies au Val-de-Grâce dans des cas d'entorses et de tumeurs blanches, en montrent la similitude avec celles qui succèdent à l'arthrite et à l'hydarthrose. Seulement l'intensité du mal en augmente ici la gravité. D'où la contracture et la paralysie jointe à l'atrophie.

Cause du degré différent d'atrophie des extenseurs et des fléchisseurs des extrémités. C'est précisément la réponse à la question posée et cherchée dans le précédent travail. Au lieu de trouver cette cause dans l'action réflexe du système nerveux, le docteur E. Fischer la place dans la différence

de fonction et de nutrition de ces deux ordres de muscles, en raison même de leur siége et de leur disposition anatomique. La masse des fléchisseurs est en général plus forte et ils sont plus indépendants les uns des autres que les extenseurs. Peut-être ont-ils même une striation plus fine. Les aponévroses faibles du côté de la flexion sont, au contraire, fortes et adhérentes aux fibres musculaires du côté de l'extension, comme l'aponévrose fémorale en offre surtout l'exemple. Elles permettent ainsi difficilement l'accroissement en volume des parties sous-jacentes, qu'il soit dû à un phlegmon, à des épanchements ou d'autres causes. Les nerfs sont aussi en général plus superficiels dans les extenseurs, comme le radial et le poplité, que ceux des fléchisseurs. Les origines de ceux-ci à la moelle sont situées plus haut et les extenseurs sont beaucoup plus éloignés du courant artériel, le triceps, le grand fessier et le deltoïde en particulier. Toutes conditions qui favorisent la congestion, la paralysie, l'atrophie, la dégénérescence de ceux-ci, au lieu de l'activité de la circulation, de la nutrition et de la contracture provoquées par les conditions opposées des autres.

En effet, la flexion favorise manifestement l'abord du sang artériel et le départ du sang veineux. La prolifération cellulaire y est plus active dans les processus pathologiques. Les fléchisseurs restent ainsi plus longtemps excitables que les extenseurs et un courant moins fort est nécessaire pour les exciter, d'après Rollett. La compression de la moelle amène aussi la paralysie des extenseurs avant celle des fléchisseurs. Chez l'embryon, les membres sont dans la flexion.

De là aussi les altérations pathologiques. L'auteur en trouve la confirmation dans la couleur jaunâtre et la dégénérescence graisseuse du triceps fémoral rencontrée dans une amputation de cuisse d'un membre dont la fonction était abolie depuis longtemps, tandis que les fléchisseurs avaient leur volume et leur couleur normale. Ce sont toujours ainsi les extenseurs qui sont atteints de paralysie dans les moignons d'amputation, tandis que les fléchisseurs entrent généralement en contracture. Celle-ci, quand elle atteint les extenseurs placés dans l'immobilisation, disparaît bien plus vite que dans les fléchisseurs. La myosite syphilitique diffuse atteint de préférence ceux-ci et les gommes

les extenseurs. La paralysie atrophique des grands muscles extenseurs s'explique par l'éloignement du grand courant sanguin comme les éruptions ulcératives diverses de la face, du nez et des joues, par la congestion permanente qui y existe et la difficulté de la nutrition de ces parties. Les lipômes se montrent aussi du côté de l'extension.

Les bourses séreuses et les gaînes tendineuses des extenseurs participent à cette plus grande fréquence des maladies de ce côté. Les tumeurs cancéreuses musculaires siègent plus souvent dans les extenseurs, d'après Gurlt, et les fléchisseurs subissent toujours des altérations moindres dans l'atrophie musculaire progressive et la paralysie pseudo-hypertrophique.

Tandis que les extenseurs sont souvent paralysés dans les affections du système nerveux central, les fléchisseurs prennent le dessus et se mettent en contracture, de même que dans les lésions de la moelle épinière. Dans l'arthralgie saturnine, les fléchisseurs sont aussi pris de spasmes intermittents, lorsque les extenseurs sont paralysés, de même que dans l'intoxication par le cuivre et l'arsenic.

La paralysie atrophique des extenseurs, signalée par MM. Le Fort et Valtat dans les maladies des os et des articulations, s'explique de même. L'inflammation et les épanchements articulaires provoquant la position fléchie des membres, les extenseurs sont tendus et plus gênés ainsi dans leur circulation; au contraire, on observe des contractions et des convulsions des fléchisseurs dans le choléra, les exanthèmes aigus, la paralysie essentielle de l'enfant et la puerpéralité, tandis que les extenseurs sont paralysés, absolument comme dans les intoxications métalliques. Il y a donc un véritable antagonisme entre ces deux ordres de muscles dont il faut chercher la raison dans la disposition anatomique et les conditions de nutrition. (*Deutsche Zeitschr. für chir.*, n° 1.)

AVORTEMENT. Il résulte de la statistique de M. Massot sur l'influence des traumatismes sur la grossesse — *V. ce mot* — que les avortements augmentent du 2e au 6e mois. Il y en a eu 25, dont 6 avec mort de la femme, sur 110 cas de grossesse durant cette période, tandis que l'on n'en compte que 8, dont 2 avec mort, sur 67 grossesses du 7e au 9e mois.

Mais ce calcul ne saurait donner la proportion exacte de cet accident, car, sur ce nombre, 8 avortements, dont 2 avec mort, ont eu lieu à une époque indéterminée de la grossesse pour 78 cas. (*Archiv. de tocol.*, janvier.)

L'auteur en conclut néanmoins que le traumatisme n'a pas d'influence sur l'avortement, puisque celui-ci a lieu surtout dans les périodes ordinaires, mais sans comparer sa proportion avec la fréquence de cet accident en général, ce qui serait absolument nécessaire pour en juger rigoureusement.

Iodure de potassium. L'usage du chlorate de potasse a déjà été indiqué comme préventif de l'avortement sans que l'action en soit connue ni expliquée. Celle de l'iodure de potassium, indiqué par M. Tarnier, est aussi inconnue et ne repose encore que sur un ou deux faits probants. C'est ainsi que chez une femme de 26 ans, dont les trois grossesses précédentes avaient eu lieu avant terme sans cause appréciable, c'est-à-dire à 7 mois, 7 mois et demi et 8 mois, un commencement de travail, constaté par le docteur Blain, se manifesta à 6 mois et demi dans la quatrième. Cette femme était très-excitable et énervée; une névralgie dentaire la tourmentait; sommeil très-agité. Du laudanum porté sur le col, en coiffant l'index d'un peu de ouate imbibée d'une dizaine de gouttes, et un lavement froid avec trente gouttes suffirent pour arrêter les accidents. Mais, pour prévenir la récidive, il prescrivit une solution d'iodure de potassium contenant 50 centigrammes par cuillerée à bouche, dont cette femme prit graduellement jusqu'à quatre cuillerées par jour. La névralgie cessa ainsi que l'agitation et elle accoucha à terme d'un enfant vivant pesant 3 kilog. 500 gr. Elle est accouchée une cinquième fois à terme, grâce au même moyen. (*Bull. de thérap.*)

L'empressement que l'on met aujourd'hui à produire les faits les moins probants doit faire accepter celui-ci avec réserve. Est-ce à dire que l'iodure potassique peut servir à prévenir tous les avortements, quelle qu'en soit la cause, ou que seulement les femmes nerveuses, énervées, comme celle-ci pendant la grossesse, peuvent en être efficacement impressionnées comme préventif des contractions utérines? Il suffit que le mari ait eu une syphilis dans ses antécédents

pour expliquer plus rationnellement et ces avortements répétés, et la mort des trois premiers enfants aussitôt la naissance, ainsi que l'action spécifique de l'iodure potassique. Mais on n'a même pas examiné une question si simple et naturelle pour élever un échafaudage de suppositions invraisemblables. V. ALBUMINURIE DE LA GROSSESSE.

B

BALANITE TUBERCULEUSE. Parmi les écoulements observés par M. Dron, à l'Antiquaille de Lyon, plusieurs étaient exclusivement symptomatiques d'une tuberculisation de la prostate ou d'ulcères tuberculeux du canal. Au point de vue du pronostic et du traitement, il importe de ne pas les confondre avec les écoulements chroniques. Ils sont aussi graves que ceux-ci sont légers. On les distingue surtout par la nature de l'écoulement. Il consiste ici en un pus peu abondant, mal lié, caséeux, contenant des granulations graisseuses en abondance. L'état local de l'épididyme, des testicules, la prostate et le canal déférent, où se rencontrent le plus souvent des indurations tuberculeuses, ainsi que l'état amaigri et débile du malade, éclaireront à cet égard.

Dans l'un de ces cas, observé récemment, il y avait, sur le gland et autour du méat urinaire, des ulcérations analogues à celles que l'autopsie montra plus tard dans le canal. C'était une balanite tuberculeuse dont le spécimen est si rare qu'elle n'a pas encore été signalée. Plus fréquente, elle serait le signe évident de ces écoulements tuberculeux. En voici les caractères.

Ulcérations taillées à l'emporte-pièce, à fond grisâtre suppurant comme les chancres simples, mais sans tendance, comme ceux-ci, à s'agrandir et se confondre. Elles restent isolées quoique voisines les unes des autres, sans douleur vive, comme le chancre simple, et ne déterminant que peu d'inflammation dans leur voisinage. L'inoculation infructueuse du pus est encore plus décisive. (*Lyon méd.*, n° 28.)

Cette nouvelle ulcération tuberculeuse est une preuve que les orifices muqueux ont une grande tendance à se

prendre aussi bien chez l'homme que chez la femme. On la rencontre ainsi à la gorge, à l'anus, à la vulve, comme à la conjonctive palpébrale. (*V. année* 1874.)

BLÉPHAROPTOSE CÉRÉBRALE. Sous ce nouveau nom, M. Landouzy décrit la paralysie dissociée de la paupière supérieure qui, au lieu de provenir du filet nerveux du releveur de la paupière, aurait une origine centrale, même au delà des origines apparentes de la troisième paire. Dix observations cliniques, dont trois personnelles, sont rapportées à l'appui. La paralysie de la paupière apparaît alors isolément avec une monoplégie ou une hémiplégie, tandis qu'une lésion centrale existe dans un seul point du cerveau. D'où il infère qu'il existe des noyaux distincts, à l'origine du moteur oculaire commun, dont les racines isolées convergeraient vers le tronc commun. La variété des paralysies faciales serait ainsi expliquée comme celles de la paupière supérieure. Mais ces origines sont loin d'être connues, démontrées, ce n'est encore là qu'une supposition. Le siége différent de cette paralysie, fixé par M. Grasset et d'autres anatomistes, ne le prouve que trop (Voy. LOCALISATIONS CÉRÉBRALES). Il n'en reste pas moins important de rechercher dans tous les cas de cette paralysie si elle résulte d'une lésion périphérique directe ou d'une lésion cérébrale croisée. M. Landouzy, par son étude anatomique et clinique, n'a fait que rendre ce problème plus palpitant sans le résoudre. (*Archiv. de méd.* août.)

BRULURES. Un bon remède contre les brûlures doit isoler complétement la plaie de l'air atmosphérique, en formant par-dessus une pellicule flexible, après une dessiccation rapide. Les préparations employées le plus fréquemment dans ce but jusqu'ici sont : le liniment oléo-calcaire, le collodion, la mixture de Buck (mucilage de gomme arabique et de gomme adragante, additionné de quantité suffisante de mélasse pour avoir la consistance du miel). Rice indique la formule suivante, qui donne un produit remplissant toutes les conditions désirables. On ramollit, dans un litre d'eau froide, 440 grammes de colle forte claire, brisée en menus morceaux; on achève ensuite la dissolution au bain-marie, on ajoute 60 grammes de

glycérine et 22 gr. d'acide phénique; puis on continue à évaporer jusqu'à ce qu'il se forme à la surface une pellicule brillante. Par le refroidissement, le mélange se prend en une masse élastique qu'il faut liquéfier par la chaleur lorsqu'on veut s'en servir. On l'applique au moyen d'un large pinceau, et, en moins de deux minutes, on obtient une couche brillante, flexible et presque transparente. (*Apotheker Zeitung* et *J. d'Alsace-Lorraine*, 1876.)

C

CALCIFICATION. Ce passage ou plutôt cette dégénération d'un tissu mou à la consistance et parfois même à la couleur calcaire par le dépôt, l'incrustation, l'infiltration moléculaire des sels de chaux, le phosphate tribasique et le carbonate en particulier, est un phénomène si fréquent dans l'organisme, surtout chez les vieillards et dans certaines dyscrasies, que l'on s'étonne de ne pas voir l'attention s'y fixer comme sur les autres dégénérescences pathologiques. Sans parler des calculs qui se forment dans certains organes, il y a, dans l'étude de cette dégénérescence calcaire, au moins autant d'intérêt que dans les autres. Il faut donc savoir gré à M. Talamon d'en avoir fait une étude critique dont l'érudition considérable pourra servir utilement à ceux qui voudront à l'avenir s'occuper de ce sujet.

Étudiant successivement la calcification dans les tissus osseux, cartilagineux et conjonctif, aux différents âges et sous ses différents états, il en marque ensuite la fréquence dans les artères, les veines, les lymphatiques, puis dans les tissus fibreux, musculaires, nerveux et épithélial. Ses formes, son état dans les organes, dans les tumeurs, vient ensuite et c'est ainsi qu'en montrant l'importance de la chaux dans l'organisme humain, il arrive à traiter des métastases, des diathèses calcaires et des arthropathies séniles qui en sont la conséquence. De là trois variétés de dyscrasies calcaires : physiologique, c'est-à-dire par effet de l'âge, métastatique, résultant d'altérations profondes du squelette, et la diathèse propre dont il trace la pathogénie et l'étiologie. (*Revue mensuelle de méd. et chir.* Nos 4, 6 et 7.)

Analyser cette importante étude est impossible, car elle n'est elle-même qu'une indication des points principaux de cette dégénérescence. Il suffit de la distinguer pour que l'on en voie toute l'importance et lui faire donner l'attention et l'intérêt qu'elle mérite.

M. Nicaise en signale un exemple remarquable observé par M. Connor chez une femme de 50 ans. C'était une tumeur accidentelle près de la bourse prérotulienne, séparée de la peau par de minces lamelles de tissu lamineux. Trois ou quatre petits kystes crétacés existaient autour. Son excision montra qu'elle était séparée du tendon rotulien par un tissu épais, résistant. Elle pesait 23 grammes et renfermait surtout du phosphate de chaux, un peu de carbonate et de la matière organique. L'opérée guérit.

Quant aux conditions des tissus et la composition des liquides pour amener cette calcification, M. Nicaise les réduit à trois : tissu cartilagineux et cristallin; transformation en tissu conjonctif pathologique, car ce dernier à l'état normal ne subit pas la calcification; dégénérescence granulo-graisseuse des éléments anatomiques. Les sels de chaux se substituent à la matière graisseuse et la calcification en résulte. C'est ainsi qu'elle s'opère dans la vieillesse et que les bourses muqueuses irritées s'épaississent et se transforment en tissu conjonctif pathologique qui s'infiltre de calcaire. (*Soc. de chir.* juin.)

CALCULS. Étiologie. Ils sont si rares en Finlande que, sur une population de 1,829,919 habitants et une surface de 6783 milles carrés, un seul cas s'est présenté dans les 44 dernières années à la clinique chirurgicale de l'Université, d'après les registres mêmes de l'hôpital qui est presque le seul de cette province. C'était un fermier de 41 ans, opéré d'un calcul phosphatique en 1863 par le professeur Estlander. Tous les autres calculeux étaient Russes et, de ses demandes aux chirurgiens des divers hôpitaux de la province, il résulte que, depuis les dix à quinze années dernières qu'ils sont attachés à ces hôpitaux, ils n'ont pas observé un seul cas de pierre dans la vessie.

Dans la pratique privée, M. Estlander a eu l'occasion de traiter un certain nombre de calculeux, mais tous dans la classe riche; ces calculs vésicaux résultent d'un désordre

local des organes génito-urinaires, comme la parésie vésicale, les rétrécissements de l'urèthre, l'hypertrophie de la prostate, dont une douzaine de cas environ parmi les Finlandais. Sans être communs, les calculs rénaux ne sont pas rares.

D'où l'auteur conclut que l'étiologie de ces calculs n'est ni dans le climat, ni dans les eaux, ni dans l'alimentation, et qu'ils ne sont pas d'origine constitutionnelle. Il en trouve la raison dans la nature granitique du sol, des montagnes surtout, et de la pureté des eaux de la rivière Wanda qui, d'après une savante analyse, ne contiennent sur 100,000 grammes que 6 grammes 75 de matières solides. La nourriture du peuple est d'ailleurs des plus simples. Les céréales, le poisson, les pommes de terre, le lait et très-rarement de la viande en sont la base et l'eau son unique boisson. L'habitude de prendre des bains chauds toutes les semaines, hiver comme été, doit contribuer aussi à prévenir les calculs d'origine constitutionnelle en facilitant les fonctions des reins et de la peau. (*International med. Congress*, 1876.)

Calculs biliaires. *Perforation de la vésicule, péritonite latente.* Un appareil symptomatique singulier a été la conséquence de cette lésion chez un alcoolique de 31 ans, observé par M. Soulier à la Charité de Lyon. Le mal a commencé par des frissons légers, fréquents, avec céphalalgie. Une ischurie intense avec urine rare, rouge, brûlante, élancements au périnée, selles liquides, était le phénomène prédominant.

Pouls fréquent à l'entrée; température à 39° 1. Teint pâle, traits tirés, rappelant l'aspect de l'intoxication saturnine. Réponses lentes, marmottées, langue jaunâtre, tremblotante, appétit nul, pas de vomissements. Ventre ballonné, peu sensible, excepté sur le foie d'un volume normal. Matité douloureuse remontant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Le cathétérisme révèle, au niveau du col, un obstacle contre lequel butte la sonde. Un jet d'urine s'échappe alors et des flocons blanchâtres sont ramenés avec la sonde. Rien à la prostate, mais un flot de liquide jaunâtre, ressemblant à de l'urine purulente, s'échappe par le toucher rectal.

On allait procéder à la ponction de la vessie lorsque le malade se lève, rend une selle liquide abondante sans urination. Au retour, plus de matité vésicale et dès lors le malade est mieux et la miction facile. L'urine est sucrée et sans albumine. Le cathétérisme est toujours empêché par le même obstacle.

Dès le troisième jour, tous les accidents primitifs reparaissent avec aggravation. La matité hypogastrique remonte très-haut, météorisme augmenté, oppression. Pas de douleur; le malade se lève et se tient assis. La vessie paraissant très-distendue, on ponctionne avec le trocart capillaire, et, au lieu d'urine, il sort deux litres de pus épais, jaunâtre, infect. Mort dans la nuit.

Un diagnostic avait à peine été porté et cependant l'autopsie montra les lésions d'une péritonite généralisée : plusieurs litres d'un liquide crémeux où nagent des stries, des grumeaux jaunâtres, des débris de fausses membranes. Une couche pseudo-membraneuse, de deux millimètres au moins d'épaisseur, recouvre les intestins parsemés de plaques rouges et contenant le liquide jaunâtre, épais, floconneux, déjà signalé. Revenue sur elle-même, la vessie était réduite au volume d'un œuf.

On cherche une perforation intestinale pour expliquer l'entérite purulente, l'on ne trouve qu'un calcul, comme une noisette, attenant à la vésicule biliaire et s'en détachant dès que l'on y porte la main. Il avait perforé cette vésicule et s'était logé entre les couches musculaires et le péritoine ouvert à son tour d'un orifice comme une plume d'oie donnant passage à la bile. Un autre calcul, d'un volume double, était resté dans la vésicule. (*Lyon méd.* nº 23.)

Est-ce donc que la bile donne lieu à cette forme spéciale de péritonite latente, sans la douleur aiguë, ni le météorisme, ni les vomissements qui en sont les traits distinctifs? Non, car un abcès rectal ouvert dans le péritoine, observé à l'hôpital d'Avignon, a déterminé les mêmes symptômes et les mêmes lésions anatomo-pathologiques, sauf les calculs biliaires et la perforation de la vésicule.

Calculs chez la femme. A l'occasion de quatre cas de taille uréthrale soumis à la Société de chirurgie dans la séance du 7 mars, divers avis ont été émis sur la valeur de

cette opération. Le premier, dû au docteur Lemée, a pour sujet une fillette de 9 ans dont le calcul, pesant 15 grammes, avait pour noyau une aiguille que l'enfant s'était introduite 22 mois auparavant dans la vessie. 13 jours après l'opération, l'enfant se levait et n'avait d'incontinence d'urine que la nuit, laquelle cessa complétement un mois après.

Dans les deux autres, M. Anger put extraire le calcul avec la pince et le lithotome chez une femme de 45 ans sans incontinence ultérieure, mais il n'en fut pas de même chez une fille de 18 ans. Le calcul mural ne put être extrait après une première incision en haut de l'urèthre, il fallut l'agrandir avec un bistouri boutonné et il y eut une petite hémorrhagie. L'incontinence d'urine persista assez longtemps.

Celle-ci ne persista qu'une quinzaine de jours chez une fille de 12 ans, opérée par M. Paulet en fendant l'urèthre en haut.

M. Verneuil donne la préférence à la lithotritie quand elle est possible. Mais la difficulté de conserver du liquide dans la vessie la rend impossible, surtout chez les petites filles. L'opération à sec, malgré la tolérance de la vessie, regardée comme facile chez la femme, sinon chez les petites filles, par M. Lannelongue, est considérée comme une hérésie chirurgicale par M. Duplay. Thompson, Nélaton, Trélat laissent de l'urine dans la vessie ou y injectent de l'eau. D'après la statistique de Washam, comprenant 3 cas de calculs, la lithotritie est considérée comme une mauvaise opération chez les petites filles.

Reste la dilatation de l'urèthre par laquelle il faut commencer. Si le calcul est trop volumineux, il faut choisir entre la taille uréthrale et la taille vaginale qui est la règle en Amérique. Celle-ci donne moins de place que l'autre et ne peut guère être pratiquée chez les petites filles. Une fistule vésico-vaginale peut en résulter, tandis que l'incontinence guérit toujours dans la première.

CANCER. *Pouls et température.* Ces deux éléments de diagnostic ont été peu étudiés jusqu'ici et cependant ils peuvent aider le chirurgien dans la recherche des indications opératoires et le médecin dans le diagnostic des cancers profonds. Voici les remarques faites par le docteur Thaon de Nice à cet égard.

Dans la première période, le cancer peut envahir les organes, exercer les ravages les plus étendus sans provoquer la moindre réaction fébrile. Bon nombre de malades succombent même sans fièvre dans cette première phase, par suite des désordres locaux mettant obstacle à une grande fonction comme la nutrition supprimée dans le cancer du pylore, l'excrétion de l'urine arrêtée par la compression des uretères dans le cancer de l'utérus, etc.

Cette absence de fièvre est un signe distinctif de la tuberculose à son début avec laquelle on a si souvent rapproché le cancer. La tuberculose à son début, ainsi qu'à tous ses retours offensifs, est accompagnée de fièvre véritable avec élévation de la température. Qu'elle envahisse l'organisme sous l'apparence trompeuse d'un rhume négligé ou d'un affaiblissement graduel, toujours le thermomètre signalera une élévation de température.

La clinique peut faire son profit de ces dissemblances comme on en jugera par l'observation suivante.

Un homme âgé de 52 ans, très-robuste, sans aucun antécédent héréditaire, exerçant une profession des plus actives, commence à tousser, à maigrir, à éprouver de la dyspnée. Un médecin, consulté quelques mois après, constate, au sommet du poumon gauche, de la matité, avec silence respiratoire et absence de vibration. Se méfiant à bon droit de cette phthisie insolite, il pose le diagnostic de pleurésie exsudative.

Peu de temps après, le malade est confié à M. Thaon qui le suit avec le plus grand intérêt : le mal s'étend de jour en jour et bientôt tout le tiers supérieur du poumon gauche est complétement mat et inaccessible à l'air ; néanmoins la température, observée plusieurs fois par jour, oscille autour de 37° et des sueurs nocturnes abondantes peuvent être mises sur le compte d'injections de morphine. Frappé de cette contradiction entre l'envahissement progressif de la maladie et l'absence de fièvre, M. Thaon pense *à un cancer primitif du poumon* ; quinze jours après, il découvre des signes d'adénopathie trachéale et bronchique ; de gros ganglions indolents et adhérents à la peau se montrent plus tard au côté correspondant du cou et enfin il en apparaît dans la région carotidienne droite ; alors seulement, on note, vers le soir, une fièvre assez forte causée par la

congestion pulmonaire aux deux bases. Cet exemple de *phthisie cancéreuse*, par sa localisation au sommet du poumon, était bien fait pour tromper le clinicien le plus expérimenté ; il a suffi du contrôle du thermomètre pour qu'il fût soupçonné et mis en lumière.

Quand la fièvre survient parfois dans cette première période du cancer, c'est toujours à titre de complication. Elle indique la formation d'une pleurésie pour un cancer du sein ; d'une péritonite pour un cancer des organes abdominaux ; d'un œdème pulmonaire, d'une pneumonie bâtarde pour un cancer des ganglions bronchiques. Elle trahit l'existence d'une septicémie provoquée par l'ichor fétide qui baigne certains ulcères cancéreux ; les pansements antiseptiques font disparaître la fièvre en supprimant l'absorption du virus.

A la seconde période, le cancéreux est tout à fait cachectique : on a coutume alors de dire qu'il est atteint de *fièvre hectique*. C'est une erreur si l'on veut dire par là que le cancéreux présente les trois symptômes essentiels de la fièvre : accélération de pouls, élévation de la température, perte de poids.

Le cancer le plus avancé ne donne jamais lieu à la fièvre hectique véritable. Pendant qu'on voit le pouls s'élever à 120, 140, 150 pulsations, la température reste normale. Cette opposition entre les deux principaux signes de la fièvre est même si fréquente, que l'on pourrait en faire un des caractères du cancer arrivé à une période avancée. C'est ainsi que chez une femme atteinte depuis quatre ans d'un cancer mammaire très-étendu, on compte, depuis plusieurs mois, de 120 à 150 pulsations par jour avec une température d'environ 36°.

Le même fait s'observe chez une autre malade également affligée d'un cancer du sein, ainsi qu'à propos d'un cancer de l'utérus propagé au vagin et ayant détruit la paroi inférieure de la vessie. Chez un de nos plus grands artistes qui a succombé à un cancer du rectum, nous avons remarqué le même fait. Ce manque d'harmonie entre le pouls et la température n'a pas échappé à MM. Charcot et Debove (*Soc. anat.* 1873), ils l'ont noté chez un sujet mort de cancer du pied et en ont été fort surpris. De là l'hypothèse que l'accélération du pouls pouvait tenir à quelques noyaux cancéreux

rencontrés dans le tissu cardiaque. La généralité du fait, établie par nous, enlève à cette explication toute sa valeur. Les recherches sur l'état du sang, pratiquées par Andral et Gavarret, par Lebert, et plus récemment par Mallassez, ne peuvent non plus donner la raison de ce phénomène. Faut-il croire que la fréquence du pouls, survenant chez un cancéreux, est l'indice d'une généralisation de la maladie? M. Thaon s'arrêterait volontiers à cette hypothèse, féconde au point de vue du pronostic, mais il faudrait le contrôle d'autopsies qui ne sont pas faites.

M. Thaon résume ces faits dans les propositions suivantes :

Le cancer reconnaît deux périodes.

Dans la première, on n'observe ni accélération du pouls, ni élévation de la température : cette absence de fièvre peut aider à poser le diagnostic de quelques cancers viscéraux.

Dans la seconde, on ne note pas, malgré l'azoturie et la diminution de poids, de véritable fièvre hectique : la température reste normale, tandis que le pouls s'accélère d'une façon considérable.

S'il est vrai que la fièvre était vive et l'état général grave dans les faits de carcinose miliaire aiguë, compliquant un cancer local et de carcinose primitive, réunis par Laporte dans sa thèse inaugurale (*Paris*, 1864), ces faits n'infirment en rien ce qui se passe dans le cancer le plus communément observé. (*Progrès médical*, 1876.)

Cancer du sein. Une forme particulière du cancer mammaire se rencontre spécialement en Angleterre et semble inconnu ailleurs : c'est celui qui succède à l'eczéma du mamelon et de l'aréole. En France, M. Bazin parle bien d'un cancer eczémateux du sein, mais, suivant M. Hardy, l'eczéma du mamelon ne survient que chez les femmes dartreuses ou nourrices et la plupart des dermatologistes partagent cet avis. D'après l'expérience de sir J. Paget, au contraire, la coexistence de ces deux affections serait fréquente en Angleterre. Il a observé quinze à vingt cas d'eczéma chronique ou d'irritation simple du mamelon suivis de cancer. En présence de cette irritation de l'aréole, après trois ou quatre ans de durée, il diagnostique avec assurance la manifestation du cancer. Et ce n'est pas sur la peau qu'il se

forme, mais dans la glande elle-même. Pourquoi ces eczémas, ces psoriasis ou toute autre dermatose ne guérissent-ils pas ? Il n'en sait rien ; mais il admet que ces exemples sont la démonstration de la règle la plus générale de l'étiologie du cancer : une inflammation chronique et le changement du tissu où elle siége. C'est ainsi que l'ichthyose de la langue est suivie de cancer. La moitié des cancers de la langue surviennent, d'après lui, par un changement semblable d'épithélium. De même après les cicatrices des brûlures, de la scrofule, etc.

Une discussion à ce sujet s'est élevée à la Société royale médico-chirurgicale de Londres par la présentation d'un cas de ce genre par M. Butlin. Mais il a été contredit par M. Morris qui n'a jamais vu de cancer mammaire survenir après l'eczéma du mamelon. Sur 407 cas de cancer observés à l'hôpital Middlesex, dont 215 du sein, il n'a pas rencontré un seul eczéma du mamelon et, dans 7 cas de cet eczéma, pas une fois le cancer ne s'en est suivi. Il a vu l'an passé une femme de quarante ans, mère de sept enfants, qu'elle avait tous nourris, atteinte d'un eczéma du mamelon depuis cinq ans. Une ulcération siégeait sur le mamelon rétracté avec une large auréole eczémateuse. De l'induration existait autour, faisant d'autant plus craindre un épithélioma qu'il y avait des glandes indurées dans l'aisselle. Le sein fut amputé et une parfaite guérison s'ensuivit, tellement qu'il n'existe pas actuellement la moindre trace de cancer.

La question n'est donc pas résolue. Le doute existera, a dit le docteur Thin , tant que les caractères de ce soi-disant eczéma ne seront pas établis avec précision, ainsi que les causes de son incurabilité. Il faudrait connaître son mode de traitement. Il est de règle que l'eczéma du sein n'est pas ordinairement ainsi limité à l'aréole et au mamelon, il s'étend plus loin, comme dans le cas précédent. Avant d'admettre cette variété, il y a donc lieu d'établir la nature de cette dermatose et les caractères du cancer qui y succède, à savoir si c'est un épithélioma, un squirrhe ou un carcinome. (*Lancet*, n° 4.)

Acide acétique et acétates. Le docteur E. Currie dit avoir obtenu d'excellents effets de l'emploi de ces agents contre le cancer du sein, de l'utérus et de l'estomac. Les dou-

leurs cessent, la tumeur s'arrête dans son développement et parfois même rétrograde. Ces résultats méritent donc d'être pris en sérieuse considération et de faire expérimenter cette médication. Elle consiste en solution d'acide acétique pour l'usage externe et en acétates de chaux et de soude, à la dose de 2 grammes par jour en solution ou en sirop. (*Acad. des sc.*)

On sait que l'acide acétique rectifié a déjà été préconisé contre l'épithélioma ou cancroïde de la peau, celui de la face en particulier. Des succès même ont été cités. (V. *années* 1866 et 1867.)

Cancer primitif de la rate. Il s'est rencontré, comme une rareté, chez un homme de 51 ans, observé par M. Woillez, à la Charité, avec quelques symptômes de cancer de l'estomac. A l'autopsie, l'estomac et tout le tube intestinal étaient sains ; la rate et les ganglions lombaires seuls étaient atteints. La rate, mesurant huit pouces dans chaque direction, avait une consistance ferme et une surface molle, mais la section montra une infiltration de globules cancéreux d'un blanc jaunâtre dont la quantité excédait de beaucoup celle du parenchyme restant. Quelques globules étaient ramollis au centre. Les ganglions étaient aussi infiltrés et formaient une masse lobulée autour de l'aorte abdominale. Le foie contenait quelques globules miliaires avec adhérence au diaphragme, alors qu'un globule solitaire correspondait sur la plèvre. D'autres tumeurs secondaires furent aussi rencontrées dans le sternum, les côtes et les vertèbres.

Les internes chargés de l'autopsie ont remarqué que la maladie était plus avancée dans la rate que dans les ganglions lombaires, comme en indiquant le siége primitif. Mais l'absence des caractères de la tumeur ne permet pas d'attribuer une valeur spéciale à ce siége, d'autant plus que ce pouvait bien être là un lymphadénome qui se rencontre ainsi fréquemment avec le cancer d'autres organes. (*Progrès méd.* 2 septembre 1876.)

CATARACTE. *Danger de l'opérer chez les diathésiques.* En poursuivant l'étude des rapports réciproques entre les maladies constitutionnelles et le traumatisme, M. Verneuil

en vient à montrer qu'il est dangereux d'opérer même la cataracte chez les sujets diathésiques. C'est ainsi qu'un goutteux de 59 ans, fils de goutteux, ayant les articulations déformées par des tophus volumineux, atteint d'une cataracte double, ayant été opéré par extraction de l'œil droit le 12 octobre, est repris de douleurs articulaires dès le 30 et meurt huit jours après.

Chez un autre opéré de 60 ans, atteint de lithiase biliaire depuis deux ans, une violente colique hépatique survint dès le troisième jour avec des douleurs si violentes, pendant douze heures, qu'il se roula sans bandeau compressif. Une iritis violente se déclara et l'œil fut perdu.

En ajoutant à ces deux exemples malheureux les trois insuccès de cataracte double opérée sur des femmes atteintes de polyurie phosphatique, relatés par M. Teissier fils (*V. année* 1875), M. Verneuil montre la réserve à garder dans les cas de ce genre. Quand rien ne presse, il faut chercher à améliorer l'état morbide, la diathèse, par une série de moyens hygiéniques et thérapeutiques et n'opérer qu'ensuite afin d'obtenir plus sûrement un résultat satisfaisant. (*Revue mens. de méd. et chir.* avril.)

Chez 8 cataractés, M. Dor a constaté la coïncidence de la phosphaturie signalée par M. Teissier. Cette forme est donc relativement fréquente et doit prendre place dès à présent dans le cadre nosologique comme une contre-indication de l'opération immédiate. (*Congrès intern. des sc. méd. de Genève.*)

Cataracte diabétique. Une observation publiée par M. Teillais tend à confirmer l'opinion émise par M. Lecorché sur sa formation : C'est que les pertes considérables subies par les glycosuriques la produisent, comme on le fait artificiellement chez les batraciens par la soustraction de la partie aqueuse du sang au moyen des purgatifs salins. Une double cataracte s'étant développée rapidement et simultanément chez une diabétique en consomption, M. Teillais l'opéra des deux yeux, à dix jours de distance, et la guérison fut rapide et durable. Il constata en outre la présence du sucre dans ces cristallins extraits par la réaction de la liqueur de Fehling. Toutes les membranes de l'œil étaient intactes. Outre l'indication opératoire ressortant de ce fait,

il prouve donc que ces cataractes peuvent être attribuées à l'action du sucre contenu dans l'humeur vitrée comme dans l'urine.

Cataracte traumatique. La résorption rapide du cristallin, surtout chez les enfants, ne doit pas en faire entreprendre l'extraction. Un éclat de verre étant reçu dans l'œil, M. Grandclément constate, dix jours après, une petite cicatrice linéaire de deux millimètres s'étendant près du centre de la cornée ; un bouchon de substance cristallinienne traverse la pupille et la chambre antérieure pour s'adosser à la cornée. Le repos et les instillations fréquentes d'une forte solution d'atropine suffirent à calmer les accidents. Cinq semaines après, le cristallin était complétement résorbé. Mais une sorte de toile d'un gris blanchâtre et ponctuée avec un petit pertuis en bas, près du bord pupillaire, obstruait le champ pupillaire et la vision. C'était la capsule du cristallin. Deux mois après, elle avait repris sa transparence, si ce n'est vers l'équateur.

Une ouverture de la capsule, dans la méthode par discision si petite qu'elle soit, suffit donc pour la filtration de la substance cristallinienne et sa dissolution dans l'humeur aqueuse. (*Lyon méd.* n° 20.)

CELLULES. *Structure du noyau.* Depuis le long temps déjà que Schwann a fait la découverte de la cellule dans les tissus animaux, on a tant discuté, nié, affirmé et varié sur la composition de ces infiniment petits éléments générateurs, qu'il est permis de se demander si les histologistes finiront par s'entendre et tomber d'accord à ce sujet. De même qu'au début on la crut toujours renfermée dans une enveloppe externe, voici que l'on discute sur le contenu de son noyau où l'on ne voyait d'abord que des nucléoles, taches claires rondes ou anguleuses, suspendues dans un liquide clair ou granuleux. C'est la tache germinative d'où partent des canaux se dirigeant à la périphérie et qui les fait ainsi changer de forme et de dimension sous les yeux mêmes de l'observateur, placés sur le champ du microscope.

C'est ce réticulum que quelques auteurs ont mis récemment en doute, en se demandant s'il est produit par les

réactifs ou s'il est le résultat d'une altération cadavérique.

En examinant la vessie de la salamandre vivante sur le porte-objet, le professeur Fleming, de Kiel, s'est assuré, par un examen attentif et prolongé, que l'aspect granuleux est formé par des filaments fins, trabécules à bords peu tranchés, s'anastomosant pour former un réseau qui retient dans ses mailles des granulations libres, nettes et foncées et enserre le nucléole.

Ce réticulum, quoique peu net, fut retrouvé dans la plupart des éléments qu'il étudia. L'action des réactifs est souvent nécessaire pour en rendre l'existence sensible et le faire admettre comme un fait constant. Il le considère donc comme une structure normale variant dans les diverses cellules, mais apparaissant toujours par les réactifs qu'il énumère et qui en colorent différemment les éléments anatomiques. (*Archiv fur mikr. anatomie*, 1876.)

En examinant les cellules d'un placenta humain frais, dans le sérum encore chaud d'un animal récemment tué, Langhaus a trouvé le noyau parfaitement homogène, brillant, délimité par un simple contour, sans trace de nucléoles ni de granulations. Mais l'addition de l'eau ou des réactifs le divise simultanément en deux substances qui réfractent différemment la lumière. Des vacuoles sphériques se forment, ainsi que des septa qui les séparent, sans que le volume du noyau en soit modifié, mais tandis que cet aspect réticulaire persiste pendant des heures dans le protoplasma, il se modifie vite dans les vacuoles qui s'agrandissent, les septa se rompent et se rétractent rapidement en formant des nodosités sphériques et de plus en plus réfringentes qui se réunissent pour former la membrane limitante, avec deux ou trois nucléoles au centre.

L'intérieur du noyau est au contraire rempli d'une substante claire comme de l'eau, très-peu réfringente, qui devient opaque ou granuleuse par la putréfaction ou les réactifs. Tout cela se passe en peu de minutes. D'où l'auteur conclut, contrairement au premier, que ce sont là les effets d'une décomposition post mortem. (*Centralb. fur med. Wiss.* 1876.)

Ces contradictions flagrantes montrent bien le peu qu'il y a à attendre de ces études microscopiques, au moins de la part des observateurs allemands. Quand, pour l'anatomie normale, à l'œil nu des différences, des variations, des ano-

malies s'observent, comment n'en serait-il pas ainsi dans l'anatomie histologique, faite au microscope sur des animaux et avec des objets différents? Résultats rendus souvent encore variables, différents par les procédés, les réactifs et surtout les interprétations des observateurs. De là ces discussions, ces contradictions interminables qui ont encore produit si peu de résultats pratiques et qui menacent de faire abandonner ces travaux.

Cellules géantes. *Origine et signification.* Ziegler ayant conclu de ses expériences à ce sujet en 1875, que la cellule géante est une accumulation de leucocytes, on y a vu aussitôt un produit morbide ou pathologique presque caractéristique du tubercule. L'attention a été ainsi ramenée sur leur examen. Weis, qui a examiné plus spécialement le système lymphatique, les a rencontrées dans des tissus non tuberculeux et même entièrement sains. Il en a trouvé dans un bubon syphilitique et des ganglions bronchiques hyperplasiés. Il lui a suffi d'introduire, sous la peau des chiens et des pigeons, des cheveux et des fils de coton pour trouver de ces cellules dans les tissus avoisinant ces corps étrangers après deux à trois semaines de séjour. Elles n'ont donc, suivant lui, aucune espèce de signification pathologique et résultent de la fusion des petites cellules de granulation, ne se transforment jamais ni en tissu connectif ni en vaisseaux et succombent toujours à la dégénérescence graisseuse. Il y a donc encore contradiction, car les éléments symphoïdes sont tout différents des leucocytes et des cellules de pus. Jacobson avait déjà trouvé des cellules géantes dans le pus des granulations de bonne nature. (*Archiv fur pathol. anat. und phys.* 1876.)

Elle n'est pas davantage un produit pathologique pour le docteur Colomiatti qui, dans ses recherches expérimentales, l'a trouvée aussi dans les tissus normaux comme la moelle des os et le tissu dentaire. Il conclut qu'elle peut avoir une origine épithéliale et une origine connective. Dans le premier cas, elle dérive de l'épithélium qui remplit les alvéoles du cancer ou celui des alvéoles pulmonaires et même des glandes de Meïbomius, et, dans le second, qui est le plus fréquent comme il le prouve, elle prend seule un développement énorme sans résulter jamais de la fusion de

plusieurs cellules. Elle n'a donc rien de spécial et ne peut aider au diagnostic différentiel des divers produits pathologiques de l'organisme (*Gazz. delle cliniche*, nos 6 et 7, 1876.)

Le professeur Bizzozero l'a rencontrée dans un éléphantiasis tubéreux de la grande lèvre droite. Une portion de trois centimètres de surface étant excisée, il observa avec une simple lentille grossissante, sur un fond gris-jaunâtre, un pointillé blanc très-fin, répandu avec une certaine uniformité sur la couche directement sous-jacente à l'épiderme.

Un microscope puissant révéla que des cellules géantes formaient ce pointillé entre les fibres connectives qui sillonnaient le tissu rempli de granules adipeux très-fins.

Ces cellules étaient ou isolées entre les fibres ou groupées deux, trois ou quatre ensemble et plus, limitées ou séparées de ces fibres par des espaces remplis de globules blancs libres. Leur forme était très-variable avec un contour irrégulier. Une légère couche de protoplasma les entourait avec des prolongements libres partant de gouttelettes graisseuses. Leur contenu était ainsi masqué. 5 à 10 nucléoles s'y trouvaient disposés parfois en couches concentriques autour d'un protoplasma central finement granuleux.

Ces cellules dérivaient d'une hypertrophie des cellules connectives fixes et aplaties qui se trouvaient entre les travées fibreuses. (*Idem*, n° 5.)

CERTIFICATS. *Papier timbré.* Les médecins avaient vieilli en certifiant, sur simple papier libre, la plupart des déclarations, des attestations qu'ils sont appelés à faire. Certificats de vaccine, de nourrice, de blessure, de maladie, etc., étaient ordinairement formulés sur une simple feuille de papier, lorsque le ministre des finances, visant en 1874 une loi oubliée du 12 brumaire de l'an VII, la signala aux directeurs de l'enregistrement et des domaines comme réglant la législation des certificats timbrés. Les gouvernements monarchiques n'en avaient pas tenu compte comme source de revenu ou en raison de son origine; il était réservé à celui de la République de savoir s'en servir à ce double point de vue.

Plusieurs médecins ont été poursuivis et condamnés à

63 francs 70 centimes d'amende pour avoir délivré, comme sans importance, des certificats sur papier libre. Des jugements des 12 juin et 15 juillet 1875, des tribunaux de Cosne et d'Angoulême, se sont basés sur l'article 12 de la loi de brumaire pour conclure que tout certificat doit être rédigé sur papier timbré de dimension, excepté quand ils sont destinés à la justice criminelle ou correctionnelle et intéressent des indigents. Voici d'ailleurs l'énumération des cas spécifiés par l'Association locale des médecins du département de Seine-et-Marne : Sont exempts du timbre : les certificats de naissance et de décès, de nourrice pour obtenir un nourrisson des enfants assistés (*Décision du 25 février* 1841), un rapport médico-légal pour coups, blessures ou meurtre, la constatation de la mort requise par un agent de l'autorité, un certificat d'aliénation pris à titre purement administratif dans un établissement public, et toutes les fois que le certificat a pour but d'obtenir un secours annuel, une indemnité de traitement médical, des secours mutuels, pourvu qu'il soit basé sur l'état d'indigence, la demande d'entrée pour infirmités dans les hôpitaux d'incurables et de vieillards. Fondés sur une nécessité publique, hygiénique, sur l'indigence ou un cas fortuit, tous ces certificats peuvent être faits sur papier libre et sans timbre.

Sont au contraire soumis au timbre : les certificats de santé et de décès destinés aux compagnies d'assurances sur la vie, ceux de maladie lors de la révision ou l'impossibilité de s'y présenter, une prolongation de convalescence, une obtention aux eaux minérales, une retraite avant l'âge, l'aptitude aux écoles ou administrations de l'État, défaut de présence à un arbitrage, un jury, un témoignage, une demande de pension. On comprend que, dans tous ces cas, les demandeurs peuvent payer et doivent se soumettre au timbre. Tout certificat non timbré a pour garantie la réquisition de l'agent de l'autorité qui le réclame ou le motif d'indigence qui lui sert de passe-port. Mais il est toujours utile de signaler ce motif, afin que l'auteur ne soit pas recherché s'il est ensuite produit en justice.

Quatre condamnations de médecins de la Seine-Inférieure ont aussi ému l'Association locale de ce département. Si simple et claire qu'elle paraisse, la question devient grosse d'incidents. Pour faire disparaître toute controverse à ce

sujet, le directeur de l'enregistrement et des domaines a formulé ainsi la règle à suivre.

Les certificats délivrés par les médecins, sur la demande des particuliers, doivent, en principe, et par application de l'article 12 de la loi du 12 brumaire an VII, être rédigés sur papier timbré de dimension. Ces certificats ne jouiraient de l'exception du timbre qu'autant qu'ils seraient destinés à la justice criminelle ou correctionnelle (article 16, 23 brumaire an VII, 10 mars 1874) ou qu'ils intéresseraient des indigents.

La partie doit alors se munir, dans le premier cas, d'une réquisition de l'une quelconque des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et délits; dans le deuxième cas, d'un certificat régulier constatant son indigence. Pourvu de l'une de ces deux pièces qu'il annexerait, le médecin pourrait, sans contravention, établir son certificat sur papier non timbré. Telles sont les prescriptions qui régissent l'emploi du papier timbré pour les certificats délivrés par les médecins, etc.

En principe, il faut donc délivrer le moins possible de certificats. En cas de doute, faire usage de papier timbré dont la feuille doit être de 60 centimes; autant que possible et notamment dans les villes, n'employer que des modèles imprimés, à l'égard des indigents.

Ce ne sont pas d'ailleurs les certificats seuls de médecins qui soient sujets à amende s'ils ne sont pas timbrés. Un simple certificat de bonne conduite ou de séjour délivré à l'employé, l'ouvrier, le domestique, la bonne, à toute personne à gages, voire même à l'apprenti, doit être sur papier timbré, à moins que le requérant ne justifie d'un certificat d'indigence ou ne soit requis, sur papier libre, par un agent de l'autorité.

Un directeur d'usine, au Havre, avait eu, pendant deux ans, un apprenti d'une bonne conduite lorsqu'il fut impliqué dans une affaire correctionnelle. La mère vint solliciter un certificat de bonne conduite. Il prend une feuille de papier sur son bureau, certifie la vérité des faits, date et signe. Mais la pièce passe devant le tribunal et, dès le lendemain, une assignation à payer 67 francs 70 centimes pour contravention à la loi du timbre était remise au trop confiant et ignorant patron. Il lui fallut payer. *Dura lex, sed lex.*

Le patron qui donne un certificat à l'ouvrier, la maîtresse de maison qui signe celui de sa cuisinière sur le papier libre de son livret, ne commettent-ils pas la même contravention et n'encourent-ils pas la peine précitée ? Le cas doit être si fréquent qu'il peut être utile d'en indiquer le danger.

A défaut du timbre, le gouvernement américain exige aussi gratuitement de ses médecins, et sous peine d'amende, deux sortes de certificats : ceux constatant l'existence des cas de maladies contagieuses, comme la variole, la scarlatine, la diphthérie, et ceux constatant le décès de leurs malades et ses causes. C'est là un véritable tribut onéreux dont M. H. Martin a montré l'injustice, devant la Société médicale de Norfolk, le 10 avril dernier. Tout en reconnaissant comme un devoir pour la profession de constater les cas de maladie contagieuse, dans l'intérêt public, il demande au moins que ce devoir ne soit pas un véritable impôt sur le médecin en l'obligeant à faire ce certificat à ses frais. Il réclame donc que des imprimés et des enveloppes ou des cartes postales lui soient fournis à cet effet.

Quant aux certificats de décès et ses causes, il ne peut être exigé sans rétribution. Une connaissance spéciale est indispensable à cet effet, elle doit être rémunérée avec bien plus de droit que les certificats de vaccine. Il demande donc qu'une pétition, préparée par la Société et signée par tous les membres des Sociétés médicales du Massachusetts, soit envoyée au Congrès en demandant un honorarium d'au moins 2 fr. 50 pour chacun de ces certificats. Ce serait la meilleure sanction de leur sincérité ; autrement beaucoup de ces certificats sont signés sans examen ou en cachant la cause réelle de la mort lorsqu'elle est honteuse comme la syphilis ou criminelle comme l'avortement. Le paiement de ces certificats serait donc la meilleure garantie de leur exactitude. (*Boston med. and surg. journal*, n° 18.)

CERVEAU. *Inégalité dynamique des hémisphères.* Depuis que la faculté du langage articulé, de la parole, a été fixée par M. Broca dans la troisième circonvolution frontale gauche, distinction établie aujourd'hui sur de nombreux faits, cet hémisphère a acquis une supériorité sur son congénère qui en a fait rechercher les raisons. Pour le professeur A. de Fleury, cette différence réside dans l'inégale

largeur des orifices du tronc brachio-céphalique à droite et de l'artère primitive à gauche, de la bifurcation supplémentaire résultant à droite de la présence du tronc brachio-céphalique et la déviation anguleuse qu'y subit la colonne sanguine. De cette inégale activité de la circulation résulte, suivant lui, une inégalité dynamique qui, selon Ogle, doit déterminer un choix, une prédominance de l'un des deux hémisphères pendant l'éducation du langage.

Sans méconnaître l'intérêt ni la portée de ces différences anatomiques, M. Broca, appelé à se prononcer à cet égard, croit que cette cause n'est qu'un des éléments du problème et tout en reconnaissant la part importante de cette inégale activité de la circulation dans les deux carotides, il est d'avis qu'il n'y a pas seulement inégalité ou différence dynamique entre les deux hémisphères, mais *disparité fonctionnelle.* (*Acad. de méd.* 15 mai.)

A propos d'une hémiplégie gauche survenue graduellement et consécutivement à une aphasie légitime apparue subitement chez un homme de 71 ans, le professeur Farge d'Angers invoque ce fait et beaucoup d'autres pour montrer combien la différence de 10 à 11 millimètres de longueur des deux carotides, l'obliquité ou angulation et la double brisure par éperon, sont insuffisants pour expliquer l'abord plus difficile du sang au cerveau à droite qu'à gauche et créer ainsi la dextérité normale et supérieure de la main droite. Le cercle artériel de Willis empêche l'ischémie du lobe correspondant. C'est ainsi que l'oblitération d'une carotide est rarement suivie d'accidents, pas plus d'un côté que de l'autre, tandis que l'embolie de la sylvienne est constamment suivie de ramollissement et souvent mortelle. Sur 370 cas de ligature d'une carotide, M. Le Fort a montré 100 fois des accidents cérébraux, mais 36 fois seulement, c'est l'hémiplégie, 3 fois l'aphonie, et l'aphasie *jamais.*

De là, les protestations contre cette prétendue inégalité dynamique, cette disparité fonctionnelle fondée sur la circulation carotidienne. Le cercle de Willis en rétablit la compensation pour la circulation cérébrale, et c'est s'exposer à de graves mécomptes scientifiques que d'en rechercher les effets différentiels en deçà du trépied carotidien interne. S'il en était autrement, tous les sens, la vue et surtout

l'ouïe, en seraient amoindris, diminués. Il faut donc chercher plus loin et ailleurs les causes de la localisation du langage.

Cette gaucherie verbale ayant pour point de départ des faits pathologiques, M. Farge en trouve la cause dans ces mêmes lésions et le prouve par la statistique et le raisonnement. (*Gaz. hebd.*, n°s 31 à 35.)

La preuve suivante en est donnée par M. Luys. Une femme fut atteinte d'hémiplégie droite avec aphasie à l'âge de 32 ans. Quinze à dix-huit mois après, elle récupéra la faculté du langage, et, admise à la Salpêtrière, elle donnait des réponses très-correctes aux questions qu'on lui faisait. Morte d'une paralysie des bronches avec engouement pulmonaire, elle présenta à l'autopsie une diminution très-notable du volume du lobe cérébral gauche avec destruction de la 3e circonvolution cérébrale gauche, réduite à l'état de moignon, ainsi que les plis de l'insula. Au contraire, le lobe droit était très-notablement augmenté surtout dans la région frontale et en particulier la 3e circonvolution de ce côté.

Il est donc prouvé, par cette pièce anatomique, qu'il y avait eu suppléance du lobe droit au lobe gauche, sinon de la 3e circonvolution. C'est ainsi que les muscles latéraux du larynx, du pharynx, des joues, se suppléent réciproquement dans la phonation. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 juillet.)

Thermométrie cérébrale. En mesurant la température des deux côtés de la tête dans les différentes régions, au moyen de trois petits thermomètres placés de chaque côté dans un double bandeau ouaté et correspondant au front, aux tempes et à l'occiput, M. Broca a toujours constaté au contraire une température supérieure du côté gauche. A l'état physiologique et prise sur douze de ses élèves, elle a été de 1 dixième en plus, soit 33°,90 à droite et 34° à gauche : 2 dixièmes au front, 24 centièmes à la tempe et 31 à l'occiput.

Dans un cas d'hémiplégie passagère avec aphémie complète et permanente, la différence a été de 4 dixièmes en plus au front, d'un demi-degré en moins à la tempe et 1°,7 en plus à l'occiput.

Dans un autre cas semblable, l'excès en plus a été de 2 dixièmes au front et de 8 à l'occiput, tandis qu'il était de 4 en moins à la tempe correspondant au siége de l'em-

bolie. Voilà donc la thermométrie du cerveau établie aussi bien que pour les autres parties du corps. (*Congrès de l'Association française.*)

Dégénérescence spéciale des capillaires. Elle consiste dans un épaississement fort restreint de la paroi du vaisseau, surtout au niveau des bifurcations. Les noyaux sont ratatinés à ce niveau et le tube souvent transformé en entier en une masse homogène, brillante, analogue à de la cire et qui paraît granuleuse après être durcie dans l'acide chromique. La paroi altérée résiste à tous les réactifs chimiques et ne se dissout ni dans les acides, ni dans les alcalis.

Les vaisseaux d'un plus fort calibre en sont exempts. L'endartérite, la prolifération des noyaux, l'accumulation des cellules adipeuses et des granulations pigmentaires s'y rencontrent, mais ils sont parfaitement sains parfois.

Des auteurs allemands avaient trouvé une certaine relation entre cette lésion des capillaires et les affections psychiques, la paralysie générale en particulier, mais le docteur Neelsen proteste contre cette interprétation, car, sur 79 cerveaux examinés par lui, il a rencontré cette altération dans 60 cas et dans des maladies fort différentes. Très-rare chez les enfants, plus fréquente chez l'adulte, elle est presque constante chez les vieillards.

Les capillaires de la face convexe des hémisphères en sont surtout frappés et parfois ceux de la base et du cervelet, jamais ceux de la moelle allongée, ni de la moelle. Ils appartiennent surtout à la substance grise corticale. On n'en trouve ni dans la pie-mère, ni dans la substance médullaire.

Les symptômes cliniques sont nuls. (*Archiv der Heilkunde, XVII.*)

Mouvements spontanés. Une femme de 37 ans ayant perdu une grande partie de l'os frontal et des pariétaux à la suite d'une affection syphilitique, MM. Giacomini et Mosso ont obtenu les résultats suivants en adaptant, sur l'ouverture du crâne, un tambour explorateur de Marey mis en communication avec un tambour à levier par le moyen d'un tuyau de caoutchouc. Les tracés obtenus ainsi prouvent qu'il y a dans le cerveau de l'homme, même pendant le

repos le plus absolu de l'esprit et du corps, trois espèces différentes de mouvements. Ce sont des *pulsations* se produisant à chaque contraction du cœur, des *oscillations* correspondant aux mouvements de la respiration, des *ondulations* ou courbes plus amples dues aux mouvements des vaisseaux pendant l'attention, l'activité cérébrale, le sommeil et d'autres causes encore inconnues. (*Acad. des sc.*, décembre 1876.) Voy. Localisations cérébrales.

CHARBON. *Bactéridie.* On discute toujours vainement sur la question des ferments. Les plus grands esprits, comme les plus habiles expérimentateurs, se contredisent à cet égard; les uns ne voyant partout qu'un organisme microscopique, d'un volume de quelques millièmes de millimètre, générateur des maladies infectieuses, tandis que les autres n'y voient qu'un développement spontané, dû à un ferment soluble ou un virus imperceptible. La question est ainsi revenue sur le tapis, à propos de la cause productrice du charbon.

Depuis 1850 que M. Davaine a constaté l'existence de filaments ou bâtonnets bactériformes dans le sang des animaux charbonneux et que l'inoculation d'une goutte de ce sang, faite à des animaux sains, a reproduit la maladie et occasionné rapidement la mort, le charbon ou sang de rate a été universellement attribué à cette bactéridie, comme ferment proliférant à l'infini. Des expériences répétées partout semblaient confirmer ce fait et expliquer la contagion de cette maladie, surtout depuis les dernières expériences confirmatives de M. Davaine sur la septicémie. (Voy. *années* 1872, 1873.)

« Voici en effet une goutte de sang charbonneux, dit M. Pasteur : elle contient des globules rouges plus ou moins agglutinés, coulant comme une gelée un peu fluide, des globules blancs, en nombre plus grand que dans le même sang normal, et des filaments qui nagent dans le sérum limpide. »

« On introduit cette goutte sous la peau d'un cochon d'Inde, d'un lapin, d'un mouton, d'une vache, d'un cheval, et l'animal meurt au bout de 24 à 48 heures ou 3 à 4 jours au plus et tout son sang offre les caractères physiques et virulents de la première goutte inoculée. Est-ce la bacté-

ridie qui a agi ou les autres éléments solides ou liquides qui l'accompagnent et qui se reproduisent comme elle dans l'économie? » (*Acad. des sc.* 30 avril.)

M. Bert avait résolu la question avant qu'elle fût posée. « Je puis faire périr la bactéridie dans la goutte de sang, dit-il, par l'oxygène comprimé, inoculer ce qui reste et reproduire la maladie et la mort sans que la bactérie se montre. Donc les bactéries ne sont ni la cause ni l'effet nécessaire de la maladie. Celle-ci est due à un virus charbonneux. » (*Soc. de biol.* 13 janvier.)

En réponse à cet argument, M. Pasteur a cultivé la bactéridie à l'état de pureté dans des liquides appropriés à sa nutrition et la conserve ainsi indéfiniment, comme les moisissures, les vibrions et en général les divers ferments organisés. Un de ceux qui conviennent le mieux à cet effet, à cause de la facilité de se le procurer pur et en quantité voulue, est l'urine rendue neutre ou un peu alcaline. C'est ainsi qu'une gouttelette de solution contenant des bactéridies de sang charbonneux, aspirée dans un flacon fermé, à quatre tubulures, semée dans cette urine et renouvelée ainsi de génération en génération journalière pendant des mois entiers, a donné des bactéridies à la dernière génération, comme à la première, qui ont exercé leurs ravages avec toute l'efficacité du sang charbonneux lui-même. Il semble donc bien résulter de là que la virulence n'appartient ni aux globules rouges poisseux ni aux globules blancs, puisque les cultures successives ont dû les éteindre absolument.

Cette virulence serait-elle due à un ferment diastasique soluble, produit par la bactérie même et se régénérant avec celle-ci, comme le ferment organisé de l'urée fournit un ferment soluble? (Voy. URINES, 1876.) Non, car il a suffi de filtrer avec soin les liquides pour que tout effet virulent cesse, tandis qu'il persiste dans les autres.

Serait-ce à un virus procédant de la bactéridie et se reproduisant lui-même? Mais il serait alors chargé de corpuscules microscopiques qui l'arrêteraient sur le filtre, puisqu'il résulte des expériences de M. Chauveau sur le vaccin qu'il n'agit que par les particules solides qu'il tient en suspension. La bactéridie reste donc comme le seul ferment organisé capable de reproduire le charbon. Il est la

maladie de la bactéric, comme la trichinose est celle de la trichine et la gale celle de l'acarus.

Comment donc M. P. Bert a-t-il pu reproduire le charbon avec du sang charbonneux dont toutes les bactéries, tuées par l'oxygène comprimé, avaient disparu? C'est que, dit M. Pasteur, si ces vibrions sous forme de filaments, de bâtonnets, peuvent être détruits par l'alcool, l'oxygène comprimé et même une température au-dessus de 100°, il est une autre forme qui en émane par segmentation, scissiparité : ce sont des corpuscules brillants, très-réfringents, globulaires, dont le diamètre égale à peu près l'épaisseur de la bactéridie et qui survivent à la disparition du bâtonnet et le reproduisent ensuite. Or ces germes même de la bactéridie résistent à l'oxygène comprimé, à l'alcool et même à une température de 120°. M. Bert ignorait ce détail et c'est à la présence de cet élément, ce germe bactéridien dans le sang charbonneux, qu'il s'est montré toxique, comme il l'a publiquement reconnu le 29 juin à la Société de biologie.

A toutes ces expériences de laboratoire si décisives en apparence, M. H. Bouley, tout en leur accordant une grande valeur, leur a opposé des observations cliniques qui démontrent qu'elles ne suffisent pas à expliquer la pathogénie du charbon. C'est ainsi qu'il se développe spontanément dans les localités humides, pendant les fortes chaleurs, alors que des fermentations ont lieu dans les flaques d'eau, les marécages et les marais. Et en admettant que ces conditions favorisent la formation des bactéridies qui seraient absorbées par les animaux, comment se fait-il que, malgré leur imprégnation, il suffit de transporter ceux-ci dans de meilleures conditions climatériques pour que la maladie s'éteigne et disparaisse spontanément? Si d'ailleurs une gouttelette de liquide chargé de bactéridies suffit à l'infection de tout l'organisme et à produire une mort rapide, comment le charbon guérit-il parfois après l'invasion, lorsqu'une pustule se montre à l'extérieur et semble ainsi localiser et éliminer à l'extérieur tous les produits morbides? (*Acad. des sc.* mai.)

M. Davaine a essayé de réfuter l'action critique de ces boutons, ces pustules charbonneuses, accréditée en clinique, en les attribuant toujours et exclusivement à la piqûre locale des mouches. On ne saurait, dit-il, attribuer ce phé-

nomène au transport spontané des bactéridies à la périphérie du corps, car ces êtres sont immobiles. (*Idem.*)

Mais, objecte M. Mégnin, les agents virulents de la variole, la clavelée, la rougeole, la scarlatine ne sont pas plus ingambes que les bactéries du charbon et cependant la pustule variolique comme le bouton claveleux, les taches morbilleuses et scarlatineuses, sont bien des éruptions critiques produites par l'agent virulent sur la peau. Pourquoi la même force expulsive n'agirait-elle pas dans le charbon ?

D'ailleurs toutes les tumeurs charbonneuses n'ont pas lieu sur la peau ; il y a le *glossanthrax* qui se développe au fond de la bouche à la base de la langue. Des tumeurs internes sous-péritonéales ou sous-muqueuses, autour des reins ou de la surface des gros intestins, exactement de même aspect et de même structure que la pustule maligne, apparaissent dans le charbon du cheval. Peut-on dire aussi qu'elles résultent d'une piqûre de mouche? (*Rec. de méd. vétérin.* août.)

La réponse est bien plus simple pour M. Pasteur. La bactéridie du charbon est *aérobie* et a besoin d'absorber de l'oxygène pour vivre et se multiplier; qu'elle se trouve dans le sang avec d'autres êtres aérobies avides d'oxygène comme elle, et, dans cette lutte pour l'existence, elle peut être la plus faible et périr. Les oiseaux ne prennent ainsi jamais le charbon, même en injectant dans leurs veines du sang chargé de bactéridies charbonneuses. Leurs globules rouges du sang s'emparent de tout l'oxygène et bientôt les bactéridies disparaissent comme étouffées, tandis qu'elles se multiplient au contraire dans le sang d'un oiseau mort, aussi vite que dans celui d'un autre animal parce que les bactéridies de la putréfaction sont *anaérobies* et n'ont pas besoin d'air pour se développer et se multiplier. Le même fait peut se produire quand les bactéridies charbonneuses sont en présence des bactéries communes dont les germes sont en si grand nombre dans les eaux courantes.

Le sang charbonneux dont les bactéridies ont ainsi été étouffées peut donc être inoculé sans reproduire le charbon. Mais il peut continuer à être toxique et transmettre la septicémie par les bactéridies spéciales que la putréfaction y a fait naître après la mort de l'animal.

Ceci n'est point une vue de l'esprit. M. Pasteur a constaté,

à l'équarrissage de Bourg, que le sang d'un mouton mort de charbon depuis seize heures ne contenait encore que des bactéridies charbonneuses, tandis que celui d'un cheval mort depuis vingt heures contenait en outre des vibrions de putréfaction; enfin celui d'une vache morte depuis quarante-huit heures contenait une quantité prépondérante de ces vibrions.

Le professeur Toussaint a également constaté, par des expériences répétées à l'École vétérinaire de Toulouse en 1875, que la mort des lapins par l'inoculation du sang charbonneux était d'autant plus rapide qu'il était plus frais. Elle est arrivée de 22 à 25 heures avec celui-ci et seulement en 50 à 75 heures avec du sang ayant subi un commencement de putréfaction, comme si les bactéridies, asphyxiées en partie ou moins actives, ne s'emparaient plus aussi vite de l'oxygène du sang. (*Idem*, n° 15.)

C'est aussi ce qui explique comment M. Colin a constaté quatre états successifs du sang charbonneux au point de vue de ses propriétés virulentes. Après sa virulence à l'état frais, c'est-à-dire les deux ou trois premiers jours qui suivent son extraction, succède un état indifférent qui cesse de donner le charbon ni la septicémie. Celle-ci ne se produit qu'ensuite, c'est-à-dire après la putréfaction du sang.

Le moment où le sang charbonneux cesse d'être virulent est marqué, selon M. Colin, par son aspect poisseux et la coloration rouge du sérum. Une fermentation avec dégagement de gaz se produit dans sa masse, surtout s'il est en vase clos et à une température élevée. Les bactéries se fractionnent, deviennent sombres par places avec un granule brillant à l'une de leurs extrémités. A ce degré, une dose double ou triple est restée indifférente et n'a produit ensuite que la septicémie, comme si le globule réfringent qui se détache de la bactéridie charbonneuse se transformait alors en bactéridie *anaérobie* et produisait ainsi la septicémie au lieu du charbon.

Ainsi s'expliquent les résultats, en apparence contradictoires, constatés par MM. Jaillard et Leplat, les observations de M. Signol sur la présence de bactéridies dans le sang des veines profondes d'un cheval sain, assommé ou asphyxié (V. SANG, 1876), et les équivoques de M. Davaine sur la production de la septicémie. Ils ont inoculé du sang privé

de bactéridies ou, s'il en contenait, elles étaient autres que celles du charbon.

Des caractères différentiels de ces vibrioniens pourraient donc seuls résoudre la question. On n'en connaît malheureusement pas jusqu'ici. M. Colin dit bien que la bactéridie trouvée quand le sang est virulent est d'apparence homogène, transparente, plus ou moins longue et manque des granules brillants que l'on observe plus tard, comme si elles n'étaient pas arrivées à leur développement complet. Mais M. Pasteur affirme qu'il est impossible à l'observateur le plus habile de dire si tel ou tel bâtonnet, sur le champ du microscope, est une bactéridie charbonneuse. Son seul réactif affirmatif est la production même du charbon. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, au contact de l'oxygène, les vibrions de la putréfaction, *anaérobies*, perdent leurs mouvements et disparaissent, comme ceux du charbon, *aérobies*, disparaissent au sein du gaz carbonique ; c'est là leur distinction caractéristique. Les vibrions de la putridité se transforment en corpuscules brillants comme ceux du charbon, et, semés dans un lieu convenable, c'est-à-dire sans oxygène, y produisent des vibrions mobiles comme ceux du charbon. Il en est donc de la septicémie, à ce point de vue, comme du charbon. Quant au point de départ de ce vibrion septicémique, il est dans l'intestin, car la putréfaction envahit l'animal par les parties profondes. M. Signol l'a reconnu et MM. Pasteur et Bouley l'ont constaté.

Voici les conclusions de M. Pasteur à ce sujet :

1° Le sang d'un animal en pleine santé ne renferme jamais d'organismes microscopiques, ni leurs germes. Il est imputrescible au contact de l'air pur, parce que la putréfaction est toujours due à des organismes microscopiques du genre vibrionien et que, la génération spontanée étant hors de cause, les vibrioniens ne peuvent apparaître d'eux-mêmes.

2° Le sang d'un animal charbonneux ne renferme pas d'autres organismes que la bactéridie. Mais la bactéridie est un organite exclusivement *aérobie*. A ce titre, elle ne prend aucune part à la putréfaction. Donc, le sang charbonneux est imputrescible par lui-même. Dans le cadavre, les choses se passent autrement. Le sang charbonneux entre promptement en putréfaction, parce que tout cadavre humain donne

asile à des vibrions venant de l'extérieur, c'est-à-dire, dans l'espèce, du canal intestinal, toujours rempli de vibrioniens de toutes sortes. Ceux-ci, dès que la vie normale des tissus ne les gêne plus, amènent une prompte désorganisation.

3° La bactéridie disparaît au sein des liquides en présence du gaz carbonique. Pour le sang charbonneux *pur*, c'est-à-dire ne contenant que la bactéridie sans corpuscules-germes, cette disparition est absolue avec le temps. Du sang charbonneux, exposé au contact de l'acide carbonique, peut perdre toute propriété charbonneuse, par le simple repos. C'est une erreur de croire que la putréfaction, en tant que putréfaction, détruit la virulence charbonneuse.

4° Le développement de la bactéridie ne peut avoir lieu, ou n'a lieu que très-difficilement quand elle est en présence d'autres organismes microscopiques.

On comprend dès lors comment, un certain temps après la mort d'un animal atteint de charbon, son sang peut ne plus contenir du tout de bactéridies, tandis que les vibrions de putréfaction, qui sont *anaérobies* et n'ont pas besoin d'oxygène, se sont extrêmement multipliés. Si l'on inocule alors ce sang à un animal, celui-ci meurt de putridité, de septicémie, et non de charbon. (*Acad. de méd.* 17 juillet.) Voy. Septicémie.

Pour ériger cette nouvelle théorie, M. Pasteur n'avait pas compté avec l'opposition que M. Colin d'Alfort n'a cessé de faire à l'étiologie bactéridienne du charbon. Tout en reconnaissant, après l'avoir vérifié, que la bactéridie cultivée dans l'urine est virulente et donne le charbon, il fait une objection capitale à cette expérience et qui tend à en détruire toute la valeur. C'est que dans la goutte de sang charbonneux qu'il introduit dans son appareil, à l'origine, pour ensemencer de bactéridies l'urine qu'il contient, se trouvent tous les autres éléments du sang qui peuvent être virulents au même titre que ce vibrionien. Et les expériences de M. Davaine ayant montré que les dilutions du sang charbonneux étaient encore actives au millionième ou billionième et au-delà, sans qu'on puisse y constater la présence de bactéridies, comment démontrer que celle-ci soit la cause virulente unique du charbon ?

L'objection serait fondée si, comme dans les observations de Koch, la bactéridie se montrait virulente seulement à la

deuxième dilution dans l'urine alcaline, mais, ce dont M. Colin ne tient pas compte et ce qu'il oublie de dire, c'est qu'elle l'est également après 20, 50, 100 cultures successives faites dans une urine nouvelle et toujours avec une seule goutte de la culture précédente. La goutte primitive du sang charbonneux se trouve ainsi diluée à la centième puissance, c'est-à-dire par l'unité suivie de 200 zéros. Ce serait une absurdité d'admettre, répond M. Pasteur, que la dernière virulence emprunte son pouvoir, non à la bactérie, qui s'est multipliée à chaque culture, mais à un agent virulent existant dans la goutte de sang originaire.

Il n'est donc pas vrai de dire, comme M. Colin, « que M. Pasteur se sert d'une dilution beaucoup plus concentrée que celles de M. Davaine. » La véritable objection à cette expérience remarquable était de savoir si dans l'urine virulente se trouvait autre chose que la bactéridie, si des hématies, des leucocytes ou un ferment quelconque s'y rencontraient encore. Il fallait porter la culture bactéridienne jusqu'à mille générations au besoin et voir après cela si la bactéridie seule était encore virulente et donnait le charbon. Mais M. Colin, comme M. Frémy, comme M. Trécul, n'aime pas répéter les expériences des autres et préfère argutier avec des *à priori*. Il oppose ainsi, d'après les expériences de Graham sur la diffusion, l'influence osmotique du plâtre employé par M. Pasteur à la filtration du sang charbonneux pour retenir la bactéridie et montrer que, sans ce vibrion, le sang n'est plus contagieux. Il voudrait même que l'on isolât la bactéridie charbonneuse sans l'altérer pour rendre l'expérience concluante, mais il se garde bien de l'essayer lui-même pour montrer le contraire.

M. Colin s'est borné comme d'habitude à des vivisections pour infirmer le rôle étiologique de la bactéridie charbonneuse. Après avoir communiqué le charbon à divers animaux, il en extrait du sang d'heure en heure, d'une veine superficielle, et l'inocule chaque fois à d'autres petits animaux pour en essayer la virulence. Or le sang de la première à la cinquième, à la dixième, à la quinzième heure, ne donne pas le charbon, mais celui de la dix-huitième à la vingtième le développe, sans que ce sang présente des bactéridies au microscope, il n'en contient qu'ensuite. Et cependant ce sang est bien charbonneux dès le premier moment

de l'inoculation, car si, après cinq minutes seulement, on ampute l'extrémité de l'oreille où il a été inséré, le charbon ne s'en développe pas moins ensuite.

M. Colin a encore aspiré avec une pipette déliée le sérum d'un caillot de sang charbonneux ne contenant au microscope ni granules ni bactéries emprisonnées dans le caillot. Inoculé à un lapin de forte taille, il l'a tué en cinquante-deux heures avec les lésions ordinaires, beaucoup de bactéries dans le sang, la rate, le foie et les poumons.

Au contraire, tandis que ce sérum, privé de bactéridies, communique le charbon, le sang d'un fœtus d'une vache morte d'un charbon *spontané*, pris dans le cœur où se trouvaient de nombreuses bactéridies, et inoculé à un autre lapin, ne produisit aucun effet appréciable. D'où l'auteur conclut que le sang charbonneux communique le charbon sans bactéridies et ne le produit pas lorsqu'il en contient, de même qu'il cesse d'être virulent après l'avoir été et avant d'être septicémique. C'est dire que la bactéridie n'en est pas la cause. (*Acad. de méd.* août.)

Le défaut de distinction entre les divers vibrioniens vus au microscope, autant que celui d'avoir constaté si le sang et le sérum virulents du charbon, à défaut de contenir des bactéridies, n'en renfermaient pas au moins les globules réfringents, c'est-à-dire les germes, les spores, enlève toute rigueur expérimentale à ces conclusions, répond M. Pasteur. Elles ne reposent que sur des expériences indirectes qui, au point de vue expérimental, ne peuvent pas plus infirmer les résultats rigoureux, précis, obtenus, que les influences du milieu, du climat, de la saison et de l'alimentation sur le développement de la maladie. Mieux vaudrait dire, sans ambages, que la bactéridie virulente charbonneuse, née et développée dans le sang charbonneux comme son germe, participe de toutes ses propriétés délétères jusqu'à sa destruction, son asphyxie par absence d'oxygène. Une température élevée, en raréfiant l'oxygène, active cette asphyxie des bactéries, suivant les expériences de M. Toussaint. (*Acad. des sc.* août.)

La nature parasitaire du charbon ne rencontre pas seulement des oppositions et des divergences. Indépendamment des faits expérimentaux, elle se prouve par les observations cliniques et anatomo-pathologiques. En enlevant aux glo-

bules du sang l'oxygène nécessaire à l'hématose, la bactéridie provoque la mort par asphyxie et entraîne ainsi tous les symptômes observés dans la maladie charbonneuse : dyspnée, cyanose, convulsions cloniques, dilatation de la pupille, abaissement de la température, tels qu'ils sont consignés depuis longtemps par les praticiens. De là aussi cette couleur noire du sang et des viscères après la mort. Elle se trouve donc expliquée et confirmée par là.

CHIRURGIE. On s'occupe beaucoup, depuis quelques années, à en tracer l'histoire récente dans les différents pays. M. Corradi a commencé à faire celle de l'Italie et l'éclat de plusieurs de ses chirurgiens n'en faisait pas la moindre tâche. Celle de l'Allemagne par M. Fischer est venue ensuite et celle de la France par M. Rochard a bientôt suivi. (V. *année* 1876.) Simultanément paraissait celle des Etats-Unis d'Amérique, — *A century of american surgery* — publiée par le professeur Gross et résumée dans son discours inaugural au dernier meeting de l'Association médicale américaine de Philadelphie. Quoique la plus récente, elle est la plus élogieuse. On y rencontre des revendications de priorité pour plusieurs opérations, divers procédés et de nombreux instruments considérés comme appartenant à d'autres chirurgiens.

Le *Yankee*, il est vrai, a une prédisposition naturelle pour la chirurgie. Son caractère hardi, audacieux même et entreprenant, l'y porte, autant que son génie pratique et inventif. Physick, Warren, V. Mott, Dudley en sont les plus frappants exemples. Les nombreux faits de la guerre de sécession ont aussi pu l'enrichir beaucoup à cet égard, et comme, pendant longtemps, les chirurgiens d'Europe n'ont guère su ce qui se passait dans ce pays lointain, bien des vérifications peuvent être à faire. Cette histoire sera précieuse à cet égard par les faits, les dates, les noms qu'elle évoque avec la bibliographie à l'appui. Mais est-ce à dire que la suprématie réclamée à chaque instant par l'auteur pour ses concitoyens soit toujours légitime? On peut en douter quand on voit les plus récentes conquêtes chirurgicales européennes passées sous silence, comme la trachéotomie, la galvanocaustie et l'écrasement linéaire, le drainage chirurgical, le pansement ouaté, la compression élastique. Pour n'être pas d'origine américaine, est-ce qu'elles ne sont pas entrées dans la chi-

rurgie de ce grand pays? (*Rev. mensuelle de méd. et chir.* octobre.)

Leçons de clinique chirurgicale (Clinical lectures and essays), par sir J. Paget, traduit de l'anglais par le docteur Petit avec une introduction de M. le professeur Verneuil : un vol. grand in-8° de 448 pages; Paris, librairie *Germer Baillière.*

Il ne s'agit pas ici de la grande chirurgie comme la célébrité de l'auteur pourrait le faire supposer. Le premier chirurgien en fonction aujourd'hui de l'Angleterre a daigné descendre à de minutieux détails sur les risques et les calamités de la chirurgie, les simulations nerveuses, articulaires et quelques affections spéciales, en s'adressant dans ses leçons, ou plutôt ses entretiens, ses causeries, à ses élèves de l'hôpital Saint-Barthélemy. Loin de s'élever à la solution des grands problèmes de la chirurgie contemporaine, à formuler les règles, les lois sur les méthodes et les procédés opératoires, il s'est astreint à rechercher obscurément dans la constitution, le tempérament, l'âge, l'hérédité, les habitudes, et dans la nourriture même de ses opérés, les causes occultes de leurs maladies, de leurs diathèses, et celles de l'insuccès des opérations et des accidents qui viennent les compliquer. Au lieu de s'occuper de quelque rare et grande opération, comme la désarticulation de l'épaule ou de la hanche, de l'extirpation laborieuse du rein, de la rate ou de l'ovaire, c'est à la plus commune, la hernie, qu'il s'en prend et, au lieu de combattre avec un maître digne de lui, c'est aux rebouteurs qu'il s'attaque. Et tout cela est dit avec tant de modestie, de simplicité et de réserve que toutes ces savantes et profondes démonstrations de clinique chirurgicale, générales et spéciales, sont faites seulement à titre d'esquisses ou d'*essays* suivant le titre anglais.

C'est que, pour les chirurgiens vraiment grands, il n'y a pas de détails inutiles. La plus petite négligence donne lieu parfois aux résultats les plus désastreux. Il faut faire attention à tout avant d'opérer, comme pendant et après, tant que la guérison n'est pas complète. Il y a ainsi, dans les remarques, les observations cliniques de sir James Paget, des vues neuves, des idées originales, des exemples curieux et intéressants du plus grand secours pour tous ceux qui

s'apprêtent à opérer. Ne le faites jamais chez vous, dit-il, même pour les cas les plus simples comme le cathétérisme, à moins d'y être absolument forcé. Car si une faute, une erreur, un oubli, qui a coûté de longues souffrances à la victime, vous sont parfois imputés à mérite, c'est ordinairement le contraire et souvent l'avenir en dépend. Pour mettre ses élèves en garde contre de tels malheurs, le savant professeur a soin de fournir, à l'appui de toutes ses assertions, les exemples les plus frappants.

Dans l'impossibilité d'analyser ces leçons par les détails infinis et minutieux qu'elles renferment, en voici les sujets et les titres principaux. Et quels titres! *Risques divers des opérations* d'après l'état constitutionnel, l'âge, les habitudes, les maladies; avec des considérations sur quelques maladies constitutionnelles, montrant que, en Angleterre comme en France, on observe de plus en plus l'influence des états généraux, des diathèses sur les résultats des opérations. Un rapprochement remarquable est surtout à faire ici entre les travaux dirigés dans cette voie par M. Verneuil, depuis dix ans, et ceux de M. Paget qui remontent à la même époque. Ces deux noms méritent ainsi d'être associés comme ils le sont dans ce livre.

Les calamités de la chirurgie sont l'exposé des complications, des malheurs qui arrivent par suite de fautes ou d'erreurs dans les procédés ou les moyens employés, avec des règles propres à les éviter.

Le plus singulier titre est celui *du bégaiement* appliqué aux organes urinaires, l'œsophage et le rectum, lorsqu'ils ne peuvent exécuter leur fonction sous l'influence de certains états nerveux. Ils seraient peut-être mieux désignés en français sous le nom de spasmes que sous celui de *Stammering*, mais serait-ce plus exact? En tout cas, ce mot exprime mieux ce qu'a voulu dire l'auteur.

Une leçon *sur les rebouteurs* en France ne pourrait guère énumérer que les maux qu'ils font, comme les tribunaux le montrent trop rarement. M. Pajet en a fait une sur les affections qu'ils guérissent. C'est, comme on le pense bien, le plus souvent, la réduction d'une luxation d'un os, d'un tendon, d'une articulation raide ou d'une fausse ankylose, une contraction musculaire qu'un tiraillement exercé, par hasard, dans un bon sens, parvient à vaincre.

Rien à dire des quatre leçons consacrées à la *hernie étranglée*; il faut les lire comme celle sur la *pyoémie chronique* qui suit certaines opérations, surtout celles qui sont pratiquées sur les voies urinaires.

Le long chapitre sur la *nervous mimicry* ou neuvo-mimésie, c'est-à-dire les contractures nerveuses simulant des affections organiques, est du plus haut intérêt. Il comprend six leçons suivant que ces maladies apparentes sont purement nerveuses, latentes, sans lésion appréciable ou s'appliquent à des contractures articulaires, des déformations, des tumeurs. Tous les exemples signalés se retrouvent sans doute dans la nosologie française, mais sans être toujours rattachés comme ici aux affections réelles qu'elles simulent.

Ce titre, comme celui d'*hypochondrie sexuelle* employé par l'auteur pour classer tous les troubles, les souffrances, les maladies imaginaires que certains individus rapportent faussement à leurs organes génitaux, marque bien ses vues particulières sur le caractère purement nerveux, mental, psychique de ces divers états. Loin d'attribuer les troubles qu'ils causent aux excès vénériens, à la masturbation, aux pertes séminales, comme beaucoup d'auteurs, il croit que ces abus, loin de produire la dépression intellectuelle, l'hypochondrie, dérivent au contraire d'une perversion mentale antérieure. Il y a sur ces *choses sexuelles*, comme M. Paget les appelle, des détails curieux et vagues qui semblent particuliers à la pruderie anglaise. Aussi font-ils contraste avec les descriptions si claires et précises de Lallemand, dont l'auteur met l'exactitude en doute, au moins parmi la race anglo-saxonne.

Il reste à signaler, parmi les dernières leçons, celles sur l'*anthrax*, traité sans incision, sur la *phlébite goutteuse* ou adhésive des extrémités inférieures surtout, les *abcès résidueux* ou froids, la *nécrose latente* et la *scrofule sénile* dont les titres montrent assez l'importance et l'intérêt.

A en juger par ces différentes monographies, l'illustre chirurgien, qui occupe en ce moment le sommet de la hiérarchie anglaise, apparaît bien plus comme un observateur sagace et profond, un clinicien consommé que comme habile et prudent opérateur. Il se montre surtout l'antagoniste du *coupe-toujours* et plutôt comme un consultant très-recherché pour toutes ces affections chroniques multiformes,

réelles ou apparentes, qui font le désespoir des médecins et des malades. Quoique la traduction trop littérale et pas assez francisée de ce livre n'en rende pas toujours clairement les idées, elle permet assez d'apprécier combien un tel juge doit voir et toucher juste et distinguer le vrai du faux.

Mémoires de chirurgie, par le professeur A. Verneuil; un vol. in-8° de 992 pages, Paris.

C'est là, on peut le dire, une seconde édition, car ce livre est tout simplement la réimpression des nombreux travaux de l'auteur, publiés depuis vingt ans et disséminés suivant les hasards du jour dans des brochures, revues, journaux et dictionnaires. Ainsi réunis, ils n'ont d'autre mérite que leur classement, leur affinité, leur connexité. Ce tome premier, qui commence seulement la série, comprend la *chirurgie réparatrice* où se trouvent les appréciations les plus importantes sur les diverses méthodes d'anaplastie et d'autoplastie, rhinoplastie, blépharoplastie, bec-de-lièvre, staphylorrhaphie, anaplastie de la verge, fistules vésico-vaginales, périnéorrhaphie, sont les titres des principaux chapitres avec observations et critiques, notions de physiologie pathologique et même érudition. La lettre à Malgaigne sur la périnéorrhaphie en est ici un des meilleurs exemples.

Arrivé à la maturité de la vie, c'est-à-dire de l'expérience et du talent, M. Verneuil, repassant chaque jour par la pensée et sa pratique, comme tous les hommes laborieux qui ont suivi, creusé, labouré leur carrière, a voulu revoir l'œuvre de sa jeunesse et la juger. Après examen, il n'a pas changé, la vue des yeux comme celle de l'esprit est toujours telle, car il dit dans sa préface : « Je me livre tel que j'ai été jadis, tel que je suis aujourd'hui. » C'est donc bien l'œuvre personnelle, originale de M. Verneuil que l'on aura dans ces mémoires.

Manuel de médecine opératoire de J. F. Malgaigne, huitième édition, par Léon Le Fort, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc.; illustré de 744 figures dans le texte; deux volumes grand in-18 formant 1450 pages; librairie *Germer Baillière*.

S'il n'y a plus à faire l'éloge d'un livre couronné d'un tel

succès, il faut au moins rendre compte des modifications et des perfectionnements qui lui ont été imprimés depuis la dernière édition parue en 1861. Malgaigne a cessé de vivre depuis, et son manuel, si clair, si précis qu'il était devenu le *vade-mecum* de tous les étudiants depuis son apparition en 1834, était épuisé depuis longtemps.

Son gendre et son successeur dans la chaire de médecine opératoire, M. Le Fort, n'a pas voulu que ce livre disparût comme les autres œuvres du savant et érudit chirurgien. Il s'est mis à le revoir en y ajoutant le résultat des progrès accomplis dans ces quinze dernières années et ses procédés personnels. Il l'a enrichi aussi de nombreuses et magnifiques planches qui en éclairent aujourd'hui toutes les parties.

De là, la division de l'ouvrage en deux volumes du même format que les précédentes éditions. Le premier, paru dès 1873, contient les opérations générales, depuis la simple incision jusqu'aux ligatures, les résections et les amputations. Le second, plus volumineux, est consacré aux opérations spéciales sur les divers organes, depuis les yeux, le nez, la bouche, jusqu'aux organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Une table alphabétique et analytique des matières et des auteurs cités, ne contenant pas moins de 50 pages, montre l'abondance des matières contenues dans ces deux volumes.

Voilà donc Malgaigne complété et offrant, comme il y a trente ans, l'état exact de la médecine opératoire.

CHLORAL. Les accidents mortels causés par son usage interne ont incité le professeur Liebreich à publier les résultats de son expérience à cet égard. La dose de l'hydrate comme hypnotique ne doit pas dépasser 1 gramme 25 à 2 grammes suivant les individus. Les personnes habituées à user de l'alcool ont besoin d'une plus forte dose à cet effet. C'est le contraire pour les personnes délicates, affaiblies et qui ne supportent pas l'alcool. Cette dose ne doit pas être augmentée par son usage continu pendant plusieurs mois et même des années. La dose n'a pas varié ainsi de 3 à 4 grammes chez 14 malades de la maison de santé Levinstein avec les meilleurs résultats.

D'aussi faibles doses aggravent plutôt le trismus et le tétanos. M. Liebreich en a donné jusqu'à 8 grammes avec

un bon résultat, mais il faut être plus réservé chez les ivrognes. Il est surtout contre-indiqué en se transformant en chloroforme.

Il n'a jamais observé d'accidents par son emploi quand il est pur. Ses mauvais effets résultent le plus souvent de son altération. Il suffit de l'avoir pur pour s'en convaincre, comme il en rapporte plusieurs exemples. Il est ainsi tombé en discrédit en Bavière et surtout en Amérique où le chloral envoyé est le plus souvent impur par le fait de sa décomposition.

La première chose à déterminer, dans ces accidents, est donc de s'assurer si le résultat est dû au chloral ou à d'autres produits qui y sont mélangés. Le plus sûr est de n'employer que le chloral cristallisé ou ses solutions aqueuses dont la limpidité est la preuve de sa pureté. (*Lancet*, n° 24.)

Usage externe. Une solution de 15 grammes de chloral dans 500 d'eau avec addition de glycérine, de perchlorure de fer, suivant les indications particulières, appliquée en compresses sur des surfaces douloureuses, ont calmé ces douleurs bien plus efficacement que l'emploi de l'opium ou du chloral à l'intérieur. Le docteur Dowse a obtenu ainsi une sédation parfaite, dans dix cas de plaies cancéreuses ou d'autres surfaces ulcérées. Des douleurs névralgiques pleurodyniques en ont même été calmées. Il s'agit simplement d'appliquer une compresse bien imbibée de cette solution sur le siége du mal et de la recouvrir avec un carré de taffetas ciré.

Dans un cas de brulûre de la face avec de l'eau bouillante, ayant déterminé une inflammation très-douloureuse, le docteur Riddell employa également avec succès un masque de ouate imbibée de la solution suivante :

℞ Hydrate de chloral	12	grammes
Huile Carron	180	—

Mêlez.

Une rapide diminution de la douleur s'ensuivit.

Des tampons de coton imbibés de la solution suivante et portés jusqu'au fond du vagin avec le spéculum, contre le cancer utérin, ont également calmé la douleur et rendu l'écoulement moins irritant.

℞ Hydrate de chloral .... 8 grammes.
Eau distillée .... 90 —
Mêlez.

CHLOROFORME. Sa pureté importe tant à ses effets qu'il est bon que chaque praticien puisse en faire l'essai instantanément. Voici un procédé très-simple de découvrir s'il contient de l'alcool, indiqué par M. Balland, pharmacien militaire.

Après s'être assuré, avec le papier de tournesol, que le chloroforme n'est point acide, il en fait tomber quelques gouttes sur une couche de blanc d'œuf déposée sur une lame de verre placée sur un fond noir. L'alcool coagulant l'albumine, celle-ci ne tarde pas à montrer des filaments blanchâtres et persistants. Le chloroforme pur s'évapore au contraire sans laisser de tache. (*Journ. de méd. et pharm. d'Algérie*, novembre 1876.)

CHORÉE. Chez un enfant de 14 ans, entré à l'hôpital de Nancy avec tous les symptômes d'une chorée généralisée, M. Bernheim trouva après la mort, survenue deux jours après, les lésions intestinales de la fièvre typhoïde et paraissant remonter à une quinzaine de jours. Il n'y avait ni fièvre ni aucun symptôme caractéristique de celle-ci à l'entrée. Était-ce donc une de ces formes ambulatoires de la dothiénentérite ? Dans tous les cas, la chorée, qui s'était déclarée très-légère, en a été fort aggravée, conformément à l'observation générale, et a même disparu avec elle suivant l'adage hippocratique : *Febris spasmo solvit.* (*Soc. méd. de Nancy.*)

Hémi-chorée post-hémiplégique. Telle est la difficulté de s'entendre sur la dénomination exacte des maladies nerveuses que celle-ci a reçu presque simultanément jusqu'à trois noms différents. Hammond l'appela *athétose* d'après le symptôme prédominant : l'impossibilité de tenir les doigts et les orteils, sinon les membres du côté affecté, dans une position fixe, tranquille, tandis que Weir Mitchell, son compatriote, caractérisant cette convulsion continue, l'appelait *post paralytic chorea*. Frappé de leur caractère épileptiforme, Hucklings-Jackson en fait une *épilepsie du corps strié*, tandis que M. Charcot, beaucoup plus précis, lui imposa le nom que nous avons adopté et qui paraît devoir lui rester. (V. *années* 1872, 1873 et 1875.)

Ce n'est pas que l'on diffère sur son siége, tous ces auteurs sont d'accord pour le fixer dans le corps strié. M. Charcot seul ne le limite pas aussi étroitement et c'est ainsi que les lésions s'étendant un peu plus ou un peu moins, les symptômes diffèrent, les convulsions sont choréiques ou épileptiformes et plus ou moins étendues et marquées.

En raison même de ces variations, le professeur O. Berger, de Breslau, ne voyant que l'incorrection des mouvements à la périphérie des extrémités chez un garçon de 19 ans, veut conserver le mot athétose qui l'exprime. Il n'y peut voir le caractère choréiforme parce que les contractions peuvent être modérées par le malade en tenant la main bien fermée, en étendant énergiquement le membre supérieur, tandis que les convulsions persistent la nuit pendant le sommeil.

En réalité, voici l'histoire de ce malade qui se rapproche de tous les autres, comme on va le voir. Lors de la dentition, il fut atteint d'éclampsie avec hémiplégie gauche et perte de connaissance. L'épilepsie dure depuis lors et deux ans après apparurent les mouvements des doigts et des orteils. Il y a hémiparésie du côté gauche, la face comprise, jambe traînante, pied en position varo-équin, hémi-anesthésie cutanée, atrophie légère du membre inférieur et du bras gauche avec élévation de température. Des convulsions épileptiformes surviennent encore à intervalles variables et limitées à gauche, précédées de douleurs de ce côté et suivies de mal de tête. Une asymétrie est résultée de cette maladie et le côté gauche est moins saillant que le droit.

Chacun pourrait donc, d'après ce fait compliqué, justifier sa dénomination. L'incurabilité est contradictoire du pronostic plus favorable de la chorée, selon le médecin allemand, et il est d'accord cependant pour y voir, comme M. Charcot, l'expression symptomatique d'une lésion cérébrale en foyer, procédant d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement du jeune âge. Le siége précis seul manque et c'est à M. Charcot que l'on doit de l'avoir fixé.

L'athétose n'est pas une maladie pour M. Proust, mais un syndrôme succédant à des lésions cérébrales multiples. Aussi préfère-t-il ce mot à celui d'hémi-chorée parce que la trépidation, consistant en petites secousses convulsives qui caractérisent celle-ci, ne ressemble pas aux mouvements

grotesques de l'athétose. Au lieu de l'hémi-anesthésie signalée dans plusieurs observations, une atrophie générale existait du côté droit chez un garçon de 21 ans, observé par lui, avec des mouvements continuels, irréguliers, involontaires de ce côté, contractions incessantes de la face. La jambe est fléchie sur la cuisse par la contraction des fléchisseurs dont les tendons forment une corde dure et résistante dans le creux poplité. Le pied est fléchi et en adduction forcée avec des mouvements successifs d'élévation et d'abaissement évidents, surtout quand le membre est en l'air.

Ces mouvements sont encore plus marqués dans le membre supérieur. Appuyé contre le thorax par la contracture du grand pectoral, du grand rond et du grand dorsal, le bras éprouve un mouvement alternatif de rotation en dedans et en dehors avec extension et abduction forcées. L'avant-bras est fléchi sur le bras ou reste étendu dans un mouvement de torsion. La main est fléchie sur l'avant-bras dans l'abduction et les doigts sont agités ensemble ou séparément de mouvements d'extension et de flexion lents ou subits. Les mouvements volontaires sont à peu près impossibles ainsi que la préhension des objets.

Comme dans la chorée, ces mouvements cessent la nuit. Sensibilité intacte, atrophie, côté gauche normal.

Dès l'âge de quatre ans, ce malade a éprouvé des accidents paralytiques du côté droit avec pesanteur des membres. Les mouvements actuels remontent à une époque indéterminée, mais ils ont notablement diminué par l'usage récent du bromure de potassium, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, donné à la suite des convulsions et de contractures violentes. (*Soc. méd. des hôp.* juin.)

Le titre d'hémi-chorée est donc justifié ici comme dans les autres observations, même avec son adjectif, puisqu'il y a bien trace d'hémiplégie dont l'atrophie actuelle est peut-être la conséquence. M. Luys la fait remonter à une hémorrhagie centrale de l'enfance avec sclérose consécutive des racines et des cornes postérieures de la moelle, comme il l'a constatée dans quelques cas analogues.

CIRRHOSE. *Varices œsophagiennes.* Cette lésion, peu connue et symptomatique de la cirrhose hépatique, se mani-

feste subitement et sans prodrômes par l'hématémèse ou vomissement de sang, sinon par des selles sanguinolentes. Quatre observations en sont aujourd'hui connues. Ce sont celles de MM. Fauvel, Fioupe, Hérard et Millard. On ne la constata qu'après la mort dans ces deux derniers cas. On croyait à un ulcère de l'estomac, dans la dernière. La mort étant survenue après une abondante hématémèse, on constata, comme lésion unique, une dilatation énorme des veines sous-muqueuses des deux tiers supérieurs de l'œsophage formant des cordons longitudinaux de la grosseur d'une plume d'oie (V. *année* 1874). Une cirrhose qui n'était pas même soupçonnée fut rencontrée de même dans les quatre cas.

En relatant ces faits, le docteur Dusaussay en trouve la raison dans la communication de ces veines de l'œsophage avec la veine-porte. Le diagnostic de la cirrhose serait ainsi obscurci par ce développement variqueux de la circulation collatérale, car la dilatation des veines sous-cutanées abdominales et l'ascite en seraient ainsi moins prononcées que d'habitude. Mais cette communication est contredite par M. Duret. Les veines œsophagiennes qui vont dans la coronaire stomachique ne parcourent pas un trajet de plus de 2 à 3 centimètres au-dessus du cardia. Celles qui sont placées au-dessus vont se jeter dans les veines bronchiques, azygos et diaphragmatiques.

Etude sur les varices de l'œsophage dans la cirrhose hépatique, thèse inaugurale par le docteur Dusaussay; Paris, 1877.

COEUR. La contractilité propre du muscle cardiaque est bien démontrée par ce fait simple qu'en l'excisant, en l'isolant du corps des animaux, il palpite et se contracte rhythmiquement, pendant un temps plus ou moins long, sans excitation d'aucune sorte. C'est un fait que nous avons constaté bien souvent en 1850, sur l'Atlantique, avec des cœurs de requins. Suivant leur volume, les contractions persistent de 30 à 45 minutes en les tenant simplement dans la main. D'importantes expériences ont montré, pendant ces dernières années, que l'on entretient artificiellement ces contractions automatiques du ventricule à l'aide de divers excitants. Le sang en est sans doute le meilleur, mais il n'est pas le seul comme on va le voir.

Le professeur Bowditch de Boston a prouvé dès 1871 que, contrairement à l'expérience de Stannius, il suffisait d'introduire une canule entre le ventricule et l'oreillette du cœur isolé d'une grenouille pour que la ligature sur le sillon auriculo-ventriculaire n'arrête pas indéfiniment le cœur en diastole. Il suffit, pour qu'il recommence à battre après un certain temps, de le remplir de sérum frais et pur, sans aucune addition, comme M. Luciani l'a prouvé en 1872.

Deux ans après, M. Rossbach montrait que du sang de lapin ou du sérum additionné de globules rouges produit absolument le même effet.

Enfin M. Merunowicz a montré qu'une solution à 6 pour 1,000 de chlorure de sodium, additionnée de globules sanguins, rend les battements plus forts et plus fréquents, au lieu de les ralentir comme l'avait dit Rossbach. Il a prouvé ainsi, par des expériences directes, qu'après l'épuisement successif de l'action excitante du sérum pur et additionné de delphinine, cinq remplissages successifs du ventricule et même jusqu'à sept sur certains cœurs, avec la solution salée, rappellent sa contractilité qui diminue graduellement de force et de fréquence jusqu'à extinction complète.

Il en résulte que l'hémoglobine ou matière colorante du sang est le meilleur excitant des battements du cœur, puisque, ajoutée à la solution salée, elle en ranime les contractions rhythmiques après un certain intervalle mieux que le sérum seul et additionné de delphinine. La preuve en est que ces battements s'affaiblissent et se ralentissent avec des pauses d'autant plus longues que la proportion des globules ajoutés est moindre, *et vice versa*.

Le chlorure de sodium n'est pas l'agent principal de cette excitation, car une solution concentrée des sels du sérum du sang, précipités par l'alcool, a une action plus faible que la solution salée et additionnée de globules rouges, mais supérieure à celle du chlorure seul. La richesse du principe nutritif du liquide qui baigne la cavité ventriculaire augmente donc l'excitabilité, tandis que son appauvrissement accélère les décharges. De là le pouls faible, mou et lent, produit par le sang pauvre en hématies des chlorotiques, des anémiques, des leucémiques et de tous les états analogues.

La preuve que l'action mécanique du remplissage ne pro-

duit pas cette excitation du cœur, c'est que les battements du ventricule diminuent avec la densité des solutions, comme avec la proportion d'hémoglobine, le volume du liquide restant le même. C'est donc la démonstration complète que le sang a besoin d'une certaine quantité de globules rouges pour entretenir l'excitation et la circulation mécanique du cœur et peut-être aussi des vaisseaux.

Tous les détails de ces expériences, exécutées de 1870 à 1875 dans le laboratoire de Ludwig et sous son contrôle à Leipzig, sont consignés *in extenso* dans *Arbeiten aus der physiologischem Anstalt.*

Excitations électriques. Si le ventricule isolé réagit automatiquement, à la condition d'être excité par un liquide salé, c'est toujours après une diastole plus ou moins prolongée qu'il se remet graduellement en systole, le sang seul l'y replace immédiatement. De là, sa supériorité. Mais le cœur en entier n'a pas besoin de cet excitant. Privé de sang, il continue à battre sous l'influence des excitations électriques, des courants induits et continus. M. Marey l'a confirmé, par de nouvelles expériences sur le cœur des grenouilles, en montrant qu'elles n'agissent pas de même aux différents temps de sa révolution. Un courant l'excite toujours en diastole, mais ne le fait pas contracter en systole, à moins que son intensité ne soit plus forte que celle de cette contraction naturelle. Résultat tout simple et à prévoir. La force artificielle se mesure ainsi à la force systolique naturelle. Si la première est incapable de surmonter la seconde au début, elle peut en augmentant montrer son influence à la fin de la systole et la prolonger. De faibles excitations ne changent pas ainsi le nombre des systoles, leur intensité en modifie seule la fréquence. La chaleur est un utile adjuvant de cette force artificielle, elle abrége et peut même supprimer la phase réfractaire, tandis que le froid en augmente la durée.

Mais telle est la tendance naturelle du cœur à agir uniformément que les systoles provoquées artificiellement en troublent à peine le rhythme. Une diastole plus longue suit toujours une systole prolongée. Le repos est en proportion du travail. La systole artificielle est d'autant plus rapide et ample qu'elle est provoquée plus longtemps après la sys-

tole naturelle qui la précède. (*Journ. de l'anat. et phys.* janvier.)

Occlusion des artères coronaires. Il y a intérêt, selon le docteur Blachez, toutes les fois que le tissu du cœur est profondément altéré surtout localement, en foyer, à s'enquérir avec soin des conditions de sa circulation propre, c'est-à-dire à constater l'état des artères coronaires. L'angine de poitrine a été ainsi attribuée à leur oblitération comme la dégénérescence graisseuse. Il est vrai qu'elle peut aussi bien la causer et il est difficile, en pareil cas, de se prononcer, comme les avis contradictoires en témoignent.

Mais il n'en est pas ainsi quand cette oblitération coïncide avec l'altération limitée du myocarde y correspondant. Une vieille femme robuste et grasse — 76 ans — entra à l'hôpital en état d'asphyxie avec une infiltration considérable et des urines albumineuses. Pouls nul, mains froides. Battements cardiaques imperceptibles à la palpation. Matité précordiale augmentée. Râles sous-crépitants généralisés. Mort subite quelques jours après.

Le cœur est volumineux et légèrement graisseux. Plaques laiteuses à la base des oreillettes en avant. Teinte livide et violacée de la pointe, très-amincie, comme soufflée et adhérente au péricarde. L'aorte, l'artère pulmonaire et les valvules artérielles sont athéromateuses sans insuffisance, ainsi que les valvules auriculo-ventriculaires.

Après avoir débarrassé le ventricule gauche des caillots qui le distendent, on distingue, dans son tiers inférieur, une surface ramollie et comme hérissée de petites végétations fongueuses. La moindre traction entraîne des débris de tissu musculaire. L'endocarde est complétement détruit. Le muscle a une couleur feuille morte et s'écrase sous le doigt. Des éliminations partielles l'ont transpercé. La fibre musculaire a perdu ses stries et est en pleine dégénérescence granulo-graisseuse. L'artère coronaire gauche est ossifiée dans une partie de son étendue et forme un cordon cylindrique dans toute sa partie ventriculaire. Ouverte, elle est bouchée en deux points de son parcours par deux bouchons athéromateux, l'un au niveau de l'origine du sillon de la face antérieure du cœur, l'autre à la partie moyenne du ventricule. La paroi inférieure ne recevait ainsi qu'une

minime quantité de sang, l'artère coronaire postérieure étant aussi athéromateuse et oblitérée.

En face de l'état intact du ventricule droit et de son artère coronaire, il est difficile de ne pas admettre que l'occlusion de la gauche n'a pas entraîné le ramollissement et la dégénérescence du tiers inférieur. On doit même se demander si elle n'a pas provoqué l'état anévrysmatique de la pointe dont la rupture était proche. (*Soc. de méd. des hôp.* et *Gaz. hebd.* nº 28.)

Rétrécissement mitral pur ou *en entonnoir*. M. Durosiez appelle ainsi celui qui n'est accompagné ni du souffle de l'insuffisance, ni de dilatation de l'oreillette, ni de lésion pulmonaire. Le cœur a ses dimensions et son impulsion normales. Le pouls est régulier, développé. C'est donc une lésion latente du cœur. Aussi passe-t-elle souvent inaperçue, les malades en étant peu gênés et n'ayant pas l'apparence des cardiopathes.

En se livrant à une observation prolongée à ce sujet sur les malades des hôpitaux, il s'est assuré que, chez ces malades du moins, il est plus fréquent qu'on ne croit. Il est plus commun chez la femme que chez l'homme. La pâleur des malades est remarquable et s'explique souvent chez les femmes par l'anémie, la chlorose, l'aménorrhée, une menstruation tardive et irrégulière, tantôt peu abondante, tantôt profuse. Plusieurs sont stériles et celles qui sont fécondes ont fréquemment des pertes, des avortements, des accouchements avant terme.

Un premier claquement éclatant, s'entendant même à distance, en est le caractère physique prédominant. Il est assez souvent précédé d'un bruit présystolique et suivi même habituellement d'un bruit diastolique long, interminable et se mêlant au second claquement. L'essoufflement facile, les palpitations, le dénotent souvent.

Le début est difficile à préciser, sinon en le faisant remonter aux maladies qui peuvent y donner naissance. Il peut ainsi durer de longues années, en manifestant son existence par des palpitations et des épistaxis chez les enfants et les jeunes gens. Il ne guérit pas et ne tue pas davantage les malades, mais, en les exposant aux embolies, il peut déterminer une mort subite, sinon l'aphasie et l'hé-

miplégie passagères et même durables. Son pronostic est donc moins grave qu'on ne pourrait le supposer d'une lésion semblable. Il permet une existence prolongée. (*Archiv. de méd.* juillet et août.)

Bruits. Des recherches nouvelles de M. Cuffer il résulte que tous les bruits intracardiaques, de quelque nature qu'ils soient, sont modifiés par le passage de la position couchée du patient à la position debout. Ils diminuent toujours d'intensité dans celle-ci. Cet effet est plus sensible sur les bruits de la valvule mitrale que sur ceux de l'aorte. Tous sont augmentés par la position horizontale et ne sont souvent produits que dans celle-ci. Le changement de la forme du cœur et surtout l'altération de la tension artérielle, en modifiant les contractions, sont les causes de ces différences. L'inspiration les rend surtout manifestes.

Blessures. En poursuivant ses études sur les effets du traumatisme chez les individus atteints d'états morbides généraux, comme le diabète, le rhumatisme, l'alcoolisme, la syphilis, la grossesse, M. Verneuil se demande si les lésions cardiaques ne sont pas dans le même cas. C'est ainsi qu'une plaie contuse de la face dorsale de la main, avec fracture des os du carpe, amena chez le blessé, déjà atteint d'une ancienne lésion de la valvule mitrale, un phlegmon de l'avant-bras et des hémorrhagies très-fréquentes qui nécessitèrent diverses opérations.

A la suite d'une plaie légère de l'index de la main droite, chez un homme atteint de rétrécissement organique, une lymphangite avec œdème du membre eut lieu avec hémorrhagie prolongée à la suite de l'application de douze sangsues.

Sans se prononcer, il appelle l'attention sur ce sujet, notamment sur la production des hémorrhagies et l'inflammation diffuse, aussi bien que l'aggravation des lésions cardiaques par le traumatisme. Évidemment il faut tenir compte de l'état particulier des blessés et malades pour expliquer ces réactions. (*Acad. de méd.* février.)

Contre-indications de l'aconitine. Si l'on se défie trop souvent de ce précieux médicament, selon M. Gubler, surtout

en raison des résultats constants qu'il en a obtenus contre les névralgies trifaciales, il y a lieu cependant de ne pas l'employer chez les individus ayant des lésions cardiaques. Hottot et Liégeois avaient en effet constaté des irrégularités de cet organe, de la parésie du cœur, chez les animaux soumis à son action. Un homme très-intelligent, qui en prenait un demi-milligramme d'une solution nouvelle, sans doute plus active que les précédentes, observa, deux heures après, une sensation précordiale étrange avec malaise et battements de cœur irréguliers. Il entendait comme un triple bruit dans son cœur qui rappelait l'appel de la caille. Ces troubles duraient une heure ou deux.

M. Porrac, interne, s'étant observé en prenant de l'aconitine, constata également de l'irrégularité avec réunion de deux contractions jumelles.

Une jeune fille a refusé également de continuer l'usage de ce médicament, à cause des troubles cardiaques qu'elle en éprouvait à un demi-milligramme. Elle avait une affection du cœur. (*Soc. de thérap.* janvier.)

Il est donc prudent de ne pas la prescrire aux cardiopathes et d'examiner sous ce rapport les malades auxquels on l'ordonne. Une solution de nitrate d'aconitine, à un demi-milligramme à la fois, semble préférable à toutes les pilules, granules et autres préparations.

Diseases of the heart (Maladies du cœur), par le docteur Sibson, ex-médecin de l'hôpital Sainte-Marie de Londres; un vol. de 800 pages in-8° formant le quatrième volume du *System of medecine* sous la direction du docteur Russell-Reynolds. Londres, 1877.

Véritable traité ex-professo des maladies du cœur dont l'auteur avait fait une étude spéciale pendant sa vie. La péricardite et l'endocardite sont surtout traitées de main de maître, avec un grand nombre d'observations cliniques à l'appui des diverses propositions. Les chapitres sur la position et la forme du cœur, sur les adhérences du péricarde et le traitement, font de cet ouvrage le plus complet qui existe aujourd'hui.

COLIQUES. Coliques néphrétiques. *Simulation du mal de Pott.* [Deux faits très-rares, observés par MM. Paulet et

Verneuil sur des garçons de 10 à 12 ans, tendent à montrer que la lithiase urique à cet âge peut donner lieu à des douleurs et une déformation simulant la scoliose ou le mal de Pott. Le premier, lymphatique et délicat, fut ainsi pris en 1874 de douleurs de ventre, d'estomac, avec vomissements et maux de reins. Il maigrit et la colonne s'incurva latéralement. On crut à une affection vermineuse ou à un mal de Pott et, l'enfant n'ayant pas rendu de vers, un médecin orthopédiste fut consulté qui diagnostiqua une scoliose sans hésiter. Le malade fut soumis en conséquence à l'usage de l'huile de foie de morue, du lacto-phosphate de chaux et d'un corset baleiné.

Après un examen attentif de l'enfant, M. Verneuil déclara ne trouver aucun signe de rachitisme, mais un autre chirurgien distingué des hôpitaux, sans se prononcer, prescrivit le repos, un régime fortifiant, l'huile de foie de morue et l'eau de Bussang.

Devant cette incertitude, les parents consultèrent M. Paulet qui, ne trouvant pas plus que M. Verneuil les signes de la scoliose ni du mal de Pott, demanda une nouvelle consultation avec ce professeur. C'est alors que la douleur lombaire unilatérale accusée par l'enfant, et rapportée à tort à la colonne vertébrale, éveilla l'attention de M. Verneuil qui conseilla l'examen des urines. Celles-ci se montrèrent troubles, sédimenteuses, d'une extrême acidité, rougissant le papier de tournesol presque à l'égal des acides minéraux, ne contenant du reste ni albumine, ni sucre, mais formant un dépôt considérable d'urates. C'était une lithiase urique. Un traitement avec l'eau de Contrexeville, un régime peu azoté, l'exercice, la gymnastique amenèrent la guérison en deux à trois mois, sans aucune récidive depuis, ni la moindre trace de déviation rachitique.

Le second exemple de cette erreur de diagnostic est encore plus remarquable, car le malade, lymphatique, avait eu précédemment, à 6 et à 9 ans, des douleurs de reins si violentes qu'il se roulait dans son lit en poussant des cris. En juin 1875, cet enfant maigrissait et sa taille se dévia à gauche sans douleur des apophyses. Sans tenir compte des antécédents, le médecin ordinaire crut à une déviation de la colonne et s'adressa à un spécialiste qui diagnostiqua un mal de Pott. Un autre orthopédiste confirma le diagnostic,

et le troisième, quoique ne trouvant pas les signes caractéristiques du mal de Pott, constata une saillie des deux dernières vertèbres dorsales sans douleur à la pression, mais avec douleurs spontanées légères et difficulté de la marche et de la station debout. Le repos fut ainsi unanimement reconnu nécessaire avec l'usage d'un corset baleiné, un régime tonique, l'huile de foie de morue.

L'enfant resta ainsi couché pendant dix-huit mois avec un appétit excellent. Il y avait de l'embonpoint, et la déviation du rachis semblait moins prononcée. Les douleurs étant reparues en 1876, le médecin conseilla de resserrer le corset; mais la persistance des douleurs fit consulter M. Paulet vers la fin de décembre. Le souvenir du malade précédent lui revint aussitôt et, croyant encore à des coliques néphrétiques, il conseilla l'usage de l'eau de Contrexeville. Les douleurs avaient un peu diminué au mois de janvier dernier. Mais les parents hésitaient à abandonner le traitement prescrit par quatre chirurgiens, dont deux spécialistes distingués. L'arbitrage de M. Verneuil fut dès lors invoqué le 24 janvier. La pression sur les apophyses était tout à fait indolente, tandis que la moindre pression sur les reins, surtout à gauche, faisait jeter un cri aigu au malade. L'analyse des urines donna un dépôt d'urates très-abondant. C'était donc encore un cas de lithiase urique. Le traitement fut changé en conséquence, comme dans le cas précédent. Les douleurs furent combattues par les injections hypodermiques de morphine et le malade était complétement guéri en mai. (*Soc. de chirurg.* mai.)

Ces exemples doivent donc être pris en considération pour ne plus tomber dans les mêmes erreurs.

Acide salicylique. Il paraît hâter la terminaison de la crise et favoriser l'expulsion du gravier dans l'uretère en provoquant l'émission d'urines très-chargées de sable urique. Quand donc la gravelle se manifeste par des coliques néphrétiques, il est indiqué d'administrer soit l'acide seul, soit combiné avec la soude ou dans de l'eau de Vichy; mais à la condition que les reins soient intacts et qu'il n'y ait pas de néphrite, car ce médicament produit des congestions hémorrhagiques et augmente l'albuminurie.

Coliques hépatiques. *Podophyllin.* Van den Corput ayant reconnu l'efficacité du podophyllin contre l'hyperémie du foie, et son injection dans le duodénum du chien ayant augmenté considérablement la sécrétion biliaire, le professeur Bufalini de Florence a pensé utiliser cette action chez une femme de 45 ans qui avait depuis longtemps des coliques hépatiques violentes qui lui faisaient rendre des calculs volumineux. Un centigramme de podophyllin fut administré chaque jour en pilule, et bientôt ces accidents cessèrent et ne se reproduisirent pas, pendant un an que l'usage de ces pilules fut continué sans inconvénient.

Une dame qui en souffrait depuis deux ans malgré l'éther, le chloroforme et les injections sous-cutanées, ayant été soumise au même traitement pendant huit mois, n'avait rien éprouvé lorsque, l'ayant suspendu, coliques et calculs reparurent pour cesser aussitôt la reprise de ce médicament.

Ces coliques revenaient deux à trois fois par mois chez une dame qu'un régime végétal, l'eau de Vichy, les injections de morphine n'avaient pu guérir. Une pilule de podophyllin fut prise tous les soirs au moment du repas. Il n'est plus survenu de colique depuis bientôt deux mois.

Coliques saturnines. — Voy. EMPOISONNEMENTS.

COLLAPSUS. *Injections hypodermiques d'éther.* A l'exemple des médecins anglais (V. *année* 1873), M. Verneuil a employé avec succès les injections excitantes dans les cas suivants.

Un jeune garçon avait subi une perte de sang si considérable, pour une ablation longue et laborieuse d'un polype naso-pharyngien, qu'il était tombé dans un état de collapsus des plus graves. Sa température était graduellement tombée au-dessous de 35°. L'état était assez grave pour que la question de la transfusion fût agitée. Au lieu de cela, M. Verneuil pratiqua aussitôt des injections sous-cutanées, avec 15 gouttes d'éther à la fois. Plusieurs étant faites dans la même journée, la température remonta rapidement et revint à l'état normal, en continuant cette médication les jours suivants. L'opéré guérit.

Dans un cas de hernie étranglée, la température du malade étant descendue à 35° environ, M. Verneuil, ne vou-

lant pas opérer dans ces conditions, ordonna des injections sous-cutanées d'éther qui firent remonter la température à 37° le jour même. La kélotomie put être pratiquée ensuite.

Aucun accident n'est résulté de ces injections, mais il faut les pratiquer avec précaution, soit 15 gouttes d'heure en heure, en étudiant la marche de la température. On peut les augmenter si elle ne se relève pas assez vite.

COMPRESSION ÉLASTIQUE. Le docteur Chassagny, de Lyon, qui s'est distingué par plusieurs instruments ingénieux, a imaginé d'exercer la compression sans ligature. Un sac de caoutchouc à paroi très-mince, et distendu par de l'air ou de l'eau, lui sert à cet effet. Une enveloppe inextensible permet que ce sac réagisse par sa face opposée sur la région qu'il s'agit de comprimer. L'air ou l'eau trouvant une résistance égale, contre tous les points de la circonférence de l'enveloppe, réagissent également contre tous les points de la tumeur et perpendiculairement à chacun d'eux. C'est une compression élastique et méthodique bien plus efficace qu'avec les sachets, les ballons et les bandes. L'atmosphère d'air ou d'eau est ici d'une égale épaisseur entre l'enveloppe et la tumeur. La compression est régulière et égale sur tous les points; aussi est-elle mieux supportée.

Elle s'applique à des espaces limités, au sein par exemple, ou bien circulairement aux membres dans leur continuité ou à leurs extrémités; une série d'appareils de forme différente servent à comprimer le bras, l'avant-bras, le coude, la main, la cuisse, le genou, la jambe et le pied. Elle ne produit jamais l'œdème en n'empêchant pas la circulation. L'entorse, les arthrites avec ou sans épanchement, en sont ainsi promptement modifiés.

M. Chassagny en étend même l'usage aux fractures et aux amputations en enveloppant le moignon et le soustrayant ainsi au contact de l'air. (*Acad. de méd.* avril.)

CONTAGION. Elle serait beaucoup plus grave lorsqu'elle est contractée à l'hôpital qu'en ville, d'après la statistique suivante : Sur 31 cas de diphthérie, admis dans le service de M. Archambault à l'hôpital des Enfants pendant les cinq premiers mois de 1876, 23 venaient de la ville, 8 s'étaient

développés à l'hôpital. Tous ces 8 enfants ont succombé. De même sur 19 cas de rougeole, des 12 cas contractés dans les salles, 6 se sont terminés par la mort, tandis que des 7 venant du dehors, un seul a succombé et encore était-il tuberculeux. De là l'urgence de l'isolement et de salles spéciales pour ces deux maladies.

Il y aurait à faire, dans ce calcul, la part des maladies qui avaient amené les malades à l'hôpital et il faudrait savoir aussi si les cas venant de la ville étaient spontanés ou communiqués. Cette comparaison ne peut ainsi se faire que d'après des observations rigoureuses et en tenant compte de toutes les circonstances accessoires.

COQUELUCHE. *Adénopathie bronchique.* A force de s'occuper de cette lésion sur l'existence et le diagnostic de laquelle il a porté une vive lumière, M. Guéneau de Mussy s'est persuadé qu'elle est la lésion anatomique de la coqueluche (Voy. *année* 1873). Sans en être la cause, elle jouerait le principal rôle dans la symptomatologie. La congestion qui caractérise la période catarrhale a pour effet l'engorgement des ganglions bronchiques qui, comprimant le pneumogastrique, exercent une irritation déterminant la toux spasmodique de la seconde ou la troisième période. Elle persiste ainsi pendant des mois et des années et récidive. Autrement, elle peut manquer ou n'être que très-coquelucheïde, comme il l'a constaté dans l'adénopathie bronchique due à d'autres causes.

A l'appui de cette interprétation, l'auteur présente les pièces anatomiques recueillies à l'hôpital des Enfants sur deux petits malades ayant succombé à la coqueluche. Une tuméfaction considérable des ganglions trachéo-bronchiques comprimait le pneumo-gastrique et ses branches laryngées.

Des objections sont faites à cette théorie. Comment une lésion si apparente n'a-t-elle pas été constatée depuis longtemps, dit M. Hardy, et comment la toux spasmodique cesse-t-elle parfois si rapidement, par le seul changement de lieu, de climat, par les bains d'air comprimé, etc.? Comment expliquer d'ailleurs l'intermittence des quintes et la contagion de la maladie? Mais l'auteur a réponse à tout. La contagion ne s'explique pas et l'intermittence est une caracté-

ristique des affections névralgiques. Il se pourrait bien d'ailleurs que le changement d'air ait une action directe sur l'adénopathie bronchique. Il a vu ainsi à trois reprises les quintes de toux cesser immédiatement par le transport, à Saint-Germain, de l'enfant d'un médecin de Paris. Les raisons ne manquent donc pas. (*Acad. de méd.* janvier.)

Des recherches faites à Lyon lors de l'épidémie de coqueluche qui a régné dans l'hiver de 1876-77, il résulte, dit M. Perroud, que, dans une autopsie récente, j'ai recherché soigneusement si les branches du pneumo-gastrique étaient comprimées par des ganglions et je n'en ai trouvé aucun. A la même époque, chez un petit garçon mort de la coqueluche, je trouvais des ganglions bronchiques volumineux tout le long de la trachée et des bronches, mais, en aucun point, le pneumo-gastrique ne paraissait comprimé.

Mais voici un fait confirmatif, observé par M. Meynet, avec pièces anatomiques à l'appui. Un garçon de trois ans, atteint de coqueluche depuis trois mois, contracta une pneumonie à laquelle il succomba. Sa toux est restée quinteuse jusqu'à la fin et n'a pas cessé de présenter le caractère pathognomonique de la toux de la coqueluche. Indépendamment d'une vaste pneumonie avec hépatisation rouge, occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit avec adhérences pleurales récentes, les bronches présentaient à droite et à gauche une rougeur avec épaississement de la muqueuse et laissaient sourdre une quantité assez considérable de mucus purulent. Le poumon gauche est emphysémateux; au sommet, on sent, en pressant entre les doigts, quatre ou cinq petits noyaux durs, du volume d'un pois, qui, à la coupe, sont constitués par des tubercules en voie de ramollissement. Tout le long de la trachée et des bronches, on trouve des masses ganglionnaires plus ou moins volumineuses et qui présentent presque toutes la dégénérescence caséeuse. En disséquant avec soin la trachée et le larynx, on découvre les deux pneumogastriques qu'on suit jusqu'à l'origine des nerfs récurrents : le droit est libre, quoique avoisiné par des ganglions; il n'en est pas de même du récurrent gauche, qui, au niveau de l'anse située en arrière de l'aorte, est comme perdu et noyé dans une masse dure, constituée par des ganglions volumineux et ayant subi la transformation caséeuse. Dans ce point, le nerf récurrent

est évidemment comprimé, quoiqu'il soit facile, par une dissection attentive, de le séparer de la tumeur qui l'enserre. (*Rapp. sur les malad. régnantes.*)

Il y a là évidemment toutes les conditions signalées par M. Guéneau de Mussy pour favoriser l'irritation du nerf pneumo-gastrique. Mais si les résultats de cette autopsie sont favorables jusqu'à un certain point à sa théorie, une seule autopsie négative bien faite, en montrant que la toux spasmodique peut être observée en l'absence de tout engorgement ganglionnaire, suffit à la ruiner de fond en comble, ou du moins à en atténuer considérablement la valeur. (*Lyon méd.* n° 11.)

De la discussion qui s'est élevée à la Société de médecine sur la valeur de cette observation, il est résulté que personne ne l'a trouvée concluante. Le ganglion tuberculeux n'était pas le fait de la coqueluche, d'après M. Chauveau, quoique l'enfant se portât très-bien avant. L'excitation du nerf récurrent détermine la dysphonie et des accès dyspnéïques que l'enfant n'a pas présentés. On peut donc douter que les ganglions incriminés aient été pour quelque chose dans ses quintes. D'ailleurs, ce n'est qu'en excitant le bout périphérique d'un pneumo-gastrique sectionné que l'on provoque des accès de toux quinteuse, et si M. Bondet n'a pu en provoquer, en comprimant ce nerf chez des enfants atteints de coqueluche, c'est qu'il est bien difficile d'exercer cette compression à travers les tissus.

M. Meynet a reconnu lui-même l'inanité de cette cause dans son rapport suivant du premier trimestre de 1877, pendant lequel 40 cas de coqueluche, entrés dans les hôpitaux, montrent qu'elle a continué à régner épidémiquement et à être très-fatale par les complications de pneumonie et de bronchite capillaire. « La mortalité très-considérable est due surtout aux complications tuberculeuses du poumon et des ganglions bronchiques, dit-il. On peut même affirmer qu'il n'y a pas d'autopsies dans lesquelles on ne trouve un paquet ganglionnaire, plus ou moins volumineux, autour de la trachée et à la racine du poumon, ganglions plus ou moins dégénérés, depuis la simple infiltration jusqu'à la caséification complète. Quelques-uns de ces ganglions ne sont plus constitués que par une poche renfermant une plus ou moins grande quantité de pus. Dans aucun de ces cas,

nous n'avons pu trouver, M. Perroud et moi, l'adénite trachéo-bronchique type de M. Guéneau de Mussy ; toujours il s'agissait de ganglions tuberculeux, les uns récents, les autres plus rares, en voie de transformation crétacée. Quant à l'ulcération du frein de la langue, nous l'avons vu manquer dans un tiers des cas, surtout chez les tout petits enfants ; chez l'un d'eux, âgé de quatorze mois, et qui n'avait qu'une seule incisive médiane inférieure, l'ulcération existait cependant, mais bien nettement du côté de sa dent unique. » (*Idem*, n° 23.)

Ulcération diphthéroïde. Elle n'est pas seulement sublinguale d'après les observations du docteur Delthil ; il l'a rencontrée sur le frein, le plancher de la bouche et la lèvre inférieure. Elle est ainsi beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet, comme 27 observations le démontrent. Sa couleur est le plus souvent d'un gris jaunâtre et son étendue est en rapport avec la gravité de la maladie.

Son apparition, du 12e au 18e jour, coïncide toujours avec la fièvre, les vomituritions et les quintes de toux, mais elle n'est pas produite par le frottement des dents, car elle a été observée dans deux cas avant l'apparition des dents et précède ordinairement les quintes férines. Elle se montre en outre sur les enfants et les adultes.

Elle entraîne ordinairement la fièvre en disparaissant, mais les quintes et les vomituritions persistent; on n'en retrouve plus que les cicatrices parfois.

Son évolution, analogue aux affections exanthémateuses, est, pour l'auteur, le signe apparent d'une affection spécifique. La sécrétion en constitue le crachat puriforme comme l'hypertrophie ganglionnaire pourrait bien n'être que l'expression des crevasses signalées dans les bronches. (*Acad. de méd.* février.)

Il y a bien loin de là à l'étiologie purement traumatique assignée à cette ulcération. M. Perroud avait ainsi dans son service à Lyon, lors de la publication du travail précédent, une petite fille atteinte de coqueluche et chez laquelle une anomalie de la dentition produisit sur un des côtés de la langue une ulcération dont le siége répondait au point où celle-ci vient heurter les dents pendant les quintes. (*Lyon méd.* n° 11.)

L'évidence de cette cause toute mécanique est démontrée statistiquement par le docteur E. Cutler. Tandis que MacCall, dans l'épidémie de Manchester en 1869-70, constata cette ulcération chez 44 pour 100 des petits malades amenés à l'hôpital des Enfants dans la première semaine de leur coqueluche et que Gamborini la trouva dans 56 pour 100 des siens examinés dans la seconde semaine (*Glasgow med. journ.*, février 1871), M. Cutler la rencontra 16 fois sur 28 cas de coqueluche d'enfants amenés à la consultation du dispensaire de Boston pendant le trimestre de l'été de 1876. C'est donc 57,14 pour 100 ou plutôt 61,53, car, des 12 qui n'en présentaient pas, 2 étaient sans dents. Cette forte proportion dépend de l'examen fait à toutes les périodes de la coqueluche.

L'ulcération commence, dit-il, par une *lacération* superficielle de la membrane muqueuse qui se creuse sous l'influence de l'irritation continue. Les bourgeons charnus deviennent granuleux en se développant, tandis que la surface prend une couleur blanchâtre, comme macérée. Une prolifération cellulaire ressemblant aux leucocytes a lieu alors. Transversale au frein au début, elle prend un diamètre ovale ensuite dont le plus étendu est horizontal. Son siége chez les très-jeunes enfants est à peu près au milieu de l'espace compris entre les conduits de Wharton et l'extrémité terminale du frein, tandis qu'elle est plus rapprochée des conduits chez les enfants âgés. Elle n'a aucune tendance à augmenter au delà d'une certaine étendue et guérit spontanément, à mesure que la toux diminue, en laissant une cicatrice blanchâtre. Elle est donc bien due à une action mécanique, car elle correspond toujours exactement aux deux incisives inférieures du milieu. Dans un seul cas, elle existait sur la langue et correspondait avec la dent canine gauche qui était cariée.

Comme contre-épreuve, l'auteur a examiné 80 enfants pris au hasard, sans toux, ayant au moins les deux incisives inférieures, sans rencontrer une seule fois l'ulcération du frein. Au contraire, sur 136 enfants amenés à la consultation pour une bronchite, tous ayant des dents, 6 au-dessous de 4 ans présentèrent cette ulcération, soit 4, 41 pour 100.

Il n'y a donc pas à rechercher d'autre cause secrète, cachée de cette ulcération. La preuve qu'elle est due aux

dents, c'est que les malades soumis à l'examen laryngoscopique se plaignent souvent de l'excoriation de la membrane muqueuse de la langue après qu'elle a reposé ainsi sur les dents inférieures. M. Cutler a pu même la déterminer expérimentalement sur lui-même en se frottant fréquemment la langue sur les dents comme cela se passe dans les violents accès de toux de la coqueluche. (*Boston med. and surg. journal*, décembre 1876, nº 25.)

M. Dervieux préconise l'emploi de la potion suivante comme abortive quand on l'administre dès que l'enfant présente la toux caractéristique.

℞ Extrait d'aconit	0 gr. 05	
Eau de laurier cerise	4	—
Sirop d'ipéca	3	—
Eau de gomme	200	—

Mêlez.

Une cuillerée à café toutes les heures et deux au-dessus de trois ans.

Inhalations de phénate de soude brut. Les bienfaits obtenus par le séjour des petits malades dans les usines à gaz, dont l'atmosphère agit surtout par les émanations goudronnées, ont conduit le docteur Pernot à leur procurer ces émanations médicamenteuses à domicile pour éviter leur déplacement. Il se sert à cet effet du phénate de soude brut obtenu de la distillation des goudrons de houille et lessivé avec une solution de soude caustique. C'est un liquide brun, épais, mesurant 1,15 de densité environ, suivant la provenance du goudron, contenant la naphtaline et l'acide phénique dans la proportion de 40 0/0 du médicament, en raison de la température élevée, nécessaire pour l'obtenir, tandis que l'air n'en contient que 2 à 3 0/0 dans les usines à la température de 70 à 80 degrés. Telle est sa supériorité.

En le faisant évaporer à la dose de 40 grammes dans la chambre où joue et dort l'enfant, l'atmosphère s'imprègne de vapeurs d'acide phénique et de goudron de houille. Différents moyens sont employés à cet effet. Un petit creuset en porcelaine placé sur la flamme d'une lampe à esprit de vin le volatilise presque en entier. A défaut de cet appareil, dans les campagnes, il suffit de le répandre sur une pelle de tôle *chaude* ou une brique. La quantité varie selon la

grandeur de la pièce et l'on répète ces inhalations deux à trois fois par jour en faisant ensuite respirer l'enfant pendant deux ou trois heures dans une autre pièce. Une petite soucoupe du liquide à froid, placée sous le lit du malade, suffit à l'habituer très-vite à l'odeur qui s'en dégage.

Toutes les affections nerveuses et spasmodiques des bronches : asthme, catarrhe, grippe, rhumes, sont influencées très-efficacement par ces vapeurs. Mais c'est surtout pour la coqueluche qu'elles sont héroïques, sinon spécifiques, comme plusieurs observations détaillées le prouvent. On peut en résumer ainsi les effets :

Diminution notable des quintes après deux à dix jours;
Respiration moins pénible et anxieuse;
Quintes moins longues;
Diminution des vomissements;
Statu quo, arrêt de la maladie dès le début, malgré la plus grande intensité. (*Lyon méd.* nos 38 et 39.)

CORDON OMBILICAL. En dehors des vaisseaux normaux, Sabine a rencontré, par la coupe transversale du cordon humain, un quatrième conduit, perméable parfois, constitué par plusieurs couches épithéliales dans quelques cas et oblitéré complétement dans d'autres.

En s'appuyant sur des recherches d'anatomie comparée et sur l'analogie de l'épithélium de ce conduit avec celui de l'ouraque, l'auteur admet que ce n'est pas autre chose que la tige ou la vésicule allantoïdienne atrophiée, ce qui démontrerait que l'allantoïde à l'origine consiste en une vésicule et non dans une production cellulaire. Mais d'autres auteurs admettent que les éléments de cette vésicule s'accolent au pédicule de l'allantoïde pendant la vie fœtale et que ce canal est le reste d'un des éléments de cette vésicule. Sabine n'a pu en retrouver les éléments ni aucun nerf. Le résultat de ces recherches microscopiques, de pure curiosité et sans intérêt pratique, se réduit donc à peu-près à zéro. (*Archiv für Gynekol.* n° 2.)

Ligature. En faveur de la ligature tardive, c'est-à-dire faite après la cessation des battements vasculaires, selon le conseil de M. Budin (V. *année* 1876), M. Hayem a constaté une moyenne de 5,576,000 globules rouges par millimètre cube

de sang extrait des capillaires chez 8 nouveau-nés, dont le cordon avait été lié ainsi, tandis qu'elle était de 5,087,000 chez 6 dont le cordon avait été lié immédiatement, soit 489,000 de différence. La continuation de la circulation placentaire, pendant une à deux minutes après la naissance, donne donc cette augmentation. (*Acad. des sc.* mai.)

Ulcération congénitale. Elle a été rencontrée pour la seconde fois après Simpson par le docteur Jenkins chez une dame albuminurique, arrivée au 8e mois seulement. La rupture de la poche des eaux donna issue à du sang presque pur. L'enfant, très-pâle, absolument exsangue, était mort. Une perforation du cordon ombilical existait à 127 millimètres de son insertion abdominale avec retrécissement à ce niveau, sans torsion. Un examen fait par le docteur Jacobi montra une circonférence normale, mais l'absence de la gelée de Wharton, sur une surface de quelques millimètres seulement, indiquait une ouverture de la veine ombilicale dont les fibres musculaires étaient en dégénérescence graisseuse à ce niveau. (*Amer. journ. of obstet.* octobre 1876.)

Hernie. Ce fait étrange est relaté par le docteur Beaton. Appelé en septembre 1873 près d'une femme en travail et qu'il délivra avec le forceps, il remarqua sur le cordon ombilical, à deux pouces environ de l'abdomen, une tumeur presque aussi grosse que la tête de l'enfant. Rien autrement d'anormal dans la longueur et le volume du cordon. Sur un côté de la tumeur était une tache de peau de deux pouces de diamètre, de même apparence que le corps de l'enfant. Ne sachant trop que faire avec une mauvaise lumière, il lia et sectionna le cordon au delà de la tumeur et remit au lendemain pour examiner celle-ci.

Il lui fut facile de reconnaître que la tumeur contenait l'intestin de l'enfant, et il se mit en devoir aussitôt de le faire rentrer dans l'abdomen. Ne pouvant y parvenir après une demi-heure de manipulations, il ouvrit le sac par une incision de trois pouces de long. L'intestin sortit en masse. C'était l'intestin grêle qui s'était ainsi développé là. La réduction fut très-lente, car l'ouverture était petite et les anses remplies de gaz. Sa présence rendait la réduction

plus difficile à mesure qu'elle s'effectuait et il eut à piquer l'intestin à la fin pour le faire rentrer. Le cordon fut dès lors lié à la place voulue et le surplus réséqué. Un bandage fut placé et l'enfant habillé. Une cuillerée d'huile de ricin fut administrée qui provoqua, en quatre heures, l'issue du méconium. Aucun accident ne s'est manifesté ensuite et l'enfant est très-bien venu.(*the Canada Lancet*, décembre 1876.)

Ce cas est d'autant plus remarquable que la hernie ombilicale, si éloignée de l'abdomen et contenue dans le cordon, coïncide avec d'autres malformations ou difformités, notamment l'imperforation de l'anus à laquelle elle est rattachée. La plupart des fœtus dans ce cas naissent avant terme et ne vivent pas, contrairement au cas actuel.

C'est ainsi que le montre le docteur James Chadwick de Boston, dans un mémoire lu à la Société gynécologique de Boston avec six spécimens de ces hernies.

Rare forms of umbilical hernia in the fetus, par J. Chadwick ; brochure in-8o de 19 pages avec 6 planches, 1876.

D

DELIRIUM TREMENS. *Albuminurie transitoire.* De même que plusieurs auteurs ont déjà signalé l'apparition de l'albumine dans l'urine coïncidemment avec les accès d'épilepsie, voici les médecins allemands qui l'ont constatée pendant l'accès de delirium tremens qui est le véritable mal caduc de l'alcoolisme. Weinberg est très-explicite à cet égard. Sur 156 hommes atteints de delirum tremens à l'hôpital général de Hambourg, il en a compté 51 qui ont eu de l'albuminurie pendant l'attaque, soit 33 pour 100. Furstner élève cette proportion à 40 pour 100 parmi les alcooliques qu'il a observés. Mais tandis que le premier a constaté une coïncidence précise entre la durée du délire et celle de l'albuminurie, une relation directe entre la quantité d'albumine et l'intensité des phénomènes délirants, sans fièvre ni complication néphrétique, et l'absence d'albumine une fois le délire passé (*Berl. klin. Wochens.* n° 32, 1876), le second est beaucoup moins affirmatif. Tout en ayant trouvé très-souvent beaucoup d'albumine au plus fort de la crise, et sa

proportionnalité avec l'intensité du délire, c'est-à-dire plus le soir que le matin, il a constaté que ce rapport n'est pas constant ni uniforme. Il n'y a souvent qu'un léger trouble malgré la violence de l'attaque, tandis que l'urine est très-abondante dans des cas légers. L'albumine disparaît parfois lorsque le délire continue et persiste dans d'autres cas après celui-ci. Enfin, chez le plus grand nombre, l'albuminurie manque absolument. (*Archiv für psych.* 1876.)

Ce n'est donc là ni un fait de l'accès, comme on l'a dit, ni même de l'alcoolisme, mais un épiphénomène individuel, constitutionnel, et dont il est bien difficile de saisir la cause.

Étude clinique sur le délire alcoolique par le docteur Prévost, médecin en chef de l'hôpital cantonal de Genève. 78 observations recueillies à l'hôpital de Genève, de juillet 1874 à juin 1877, forment la base de cette étude. Dans le délire simple qui a pour cause un catarrhe gastro-intestinal dû à la funeste habitude de boire à jeun, il a constaté qu'un purgatif salin en était le plus souvent la cause déterminante. Il se manifeste ensuite le plus souvent dans la pneumonie et l'érysipèle. Il dissimule parfois les symptômes de la fièvre typhoïde.

DERMATOSES. La culture spéciale des affections cutanées s'impose de plus en plus. Ce ne sont plus seulement des hôpitaux ou plutôt des refuges spéciaux qui leur sont consacrés exclusivement, comme au temps des lazarets et des léproseries, ni des cliniques volontaires, comme au temps de Biett et Alibert ; ce sont des chaires et des cliniques officielles, des revues et des journaux et jusqu'à des Associations qui sont instituées pour leur vulgarisation. Le premier meeting annuel, nous dirions ici la séance solennelle, de l'*American dermatological Association* a eu lieu ainsi à Niagara, les 4, 5 et 6 septembre 1877, sous la présidence du docteur White de Boston. Un grand nombre de dermatologistes des principales villes de l'Union s'y sont trouvés réunis pour mieux se connaître personnellement et prévenir ainsi de faux jugements ; se communiquer leurs vues réciproques sur l'étiologie et le traitement et établir une base commune de travail ; assurer par la collation des faits les variétés et les formes des maladies de la peau existant

aux États-Unis et l'établissement d'une nomenclature commune. Tel est du moins le programme développé par le président dans son discours inaugural.

La prochaine assemblée aura lieu à Saratoga le dernier mardi d'août 1878.

Suppression de la sécrétion sudorale. M. Aubert a constaté ce fait ignoré par un procédé aussi nouveau et simple qu'ingénieux. Un papier étant appliqué sur la peau, au niveau des orifices glandulaires, la sueur l'humecte et, bien qu'invisible, on peut en révéler la présence en passant sur le papier un pinceau au nitrate d'argent qui, agissant sur le chlorure de sodium de la sueur, donne un pointillé violet, dont chaque point correspond à l'orifice d'une glande sudoripare. C'est une expérience facile à vérifier dans l'état normal.

L'auteur a pu en étudier ainsi les modifications dans les maladies de la peau : nœvus, taches vineuses, ichthyose, pelade, érysipèle, gale, lupus, favus, l'herpès simple et circiné, le psoriasis, etc. Dans tous les cas, il a constaté cette loi générale que les irritations de la peau suppriment complétement la sécrétion sudorale qui ne reparaît qu'un certain temps après sa disparition. Dans les tissus de cicatrices, beaucoup de glandes sont disparues, mais celles qui persistent ont une sécrétion exagérée. (*Congrès intern. de Genève.*)

DIABÈTE. *Théorie dynamo-chimique.* La genèse du glycose chez le diabétique est rapportée à deux causes par le professeur A. de Fleury : l'une dynamique et l'autre chimique, se commandant l'une l'autre. La première est une parésie vaso-motrice des capillaires artérioso-veineux, sous la dépendance d'une lésion du pneumo-gastrique pathologiquement hyperesthésié ou du grand sympathique hyposthénisé. Ce relâchement vasculaire entraîne un passage trop facile du sang artériel et un amoindrissement du conflit entre l'oxygène et le carbone. L'oxydation des globules est entravé, car l'oxygène, insuffisamment utilisé par le défaut de polarisation de son ozone, s'unit à l'eau du sérum pour former un peroxyde d'hydrogène qui n'est plus décomposé à l'intérieur par le défaut de contractilité des capillaires.

De là la propriété catalytique du sang attribuée aux ferments.

Partant ensuite de cette opinion que c'est le sulfocyanure de potassium de la salive d'abord et le taurocholite de soude de la bile qui en découvrant, lors du dédoublement de ces sels au contact des féculents, un principe sulfuré, génèrent, par contact catalytique, la dextrine, puis le glycogène, l'auteur conclut que, en raison des propriétés catalytiques bien démontrées de l'eau oxygénée, les principes sulfurés acquièrent chez le diabétique un pouvoir décuple de génésie du sucre animal. Il n'y aurait dans le foie qu'un *raffinement* de la glycose en glycogène, et le foie serait plutôt un fixateur du sucre qu'un atelier de première fabrique. (*Acad. de méd.* avril.)

Tout en reposant sur des principes chimiques et physiologiques démontrés, cette théorie est bien abstraite, car elle suppose des lésions et des opérations qui ne peuvent se démontrer même au microscope. L'esprit seul peut les admettre comme les propriétés vitales.

Elle n'est surtout pas clinique et se trouve ainsi opposée au rapprochement fait par M. Cotard entre l'aliénation mentale et le diabète, d'après l'observation des meilleurs cliniciens : Andral, Trousseau, Marchal de Calvi, Durand-Fardel. Ce n'est plus ici telle ou telle lésion du système nerveux qui prédispose au diabète, mais toutes les maladies nerveuses, générales et locales. Si les affections mentales prédisposent à la glycosurie, celle-ci est aussi souvent suivie de folie. Ces rapports sont bien établis par de nombreux faits, mais la cause en est insaisissable. (*Arch. de méd.* mars.)

Altérations du pancréas. Déjà signalées par les anatomopathologistes allemands, Klebs entre autres (Voy. Pancréas, 1875), elles ont été confirmées par M. Lancereaux dans deux faits où cet organe ne présentait plus que des vestiges. Une évolution relativement rapide, un amaigrissement excessif avec polydipsie et diarrhée en sont les caractères distinctifs. C'est une forme particulière du diabète ordinaire dont la durée est plus lente, la maigreur moins marquée.

La destruction du pancréas chez les animaux amenant une grande voracité, un amaigrissement considérable et

une mort rapide, on peut voir un effet identique dans cette altération chez l'homme. Mais il reste à savoir si elle est un effet du diabète ou sa cause.

Dans tous les cas où le diabète a un début brusque, une marche rapide, marquée par l'amaigrissement et la diarrhée, il sera donc indiqué de ne pas accorder d'aliments gras aux diabétiques, puisque le pancréas, chargé de les émulsionner, est malade, et de les nourrir avec des substances dont la digestion s'accomplit dans l'estomac. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Eczéma. Le docteur Braxton Hicks signale la fréquence de cette éruption aux parties génitales et les parties environnantes des femmes diabétiques qu'il attribue à la présence du sucre dans l'urine et à l'irritation qui en résulte. Trousseau avait aussi observé, beaucoup plus souvent chez les femmes que chez les hommes, une éruption eczémateuse des parties génitales avec une très-vive démangeaison. Quand on trouve cet eczéma chez des femmes d'un certain âge, sans leucorrhée ni menstruation, il faut penser à la glycosurie. L'attention doit donc être éveillée sur ce nouveau signe d'un diabète latent, car c'est en traitant celui-ci que l'on peut guérir celui-là. (*Soc. de méd. de Londres*, mars.)

Chloral. Un diabétique qui ne pouvait plus dormir tant il était souvent réveillé par le besoin de boire et d'uriner, ayant été soumis à l'usage d'un gramme de chloral toutes les deux heures comme hypnotique par M. Cross, en obtint du sommeil plus prolongé dès le premier jour à la dose de 4 grammes. Une amélioration évidente s'ensuivit dans l'état général en dormant ainsi mieux et en buvant moins. On ajouta ensuite 25 gouttes de teinture de muriate de fer par jour. Un séjour de quatre mois à la campagne acheva la guérison. On pourrait donc tenter ce moyen comme calmant, au lieu de l'opium, chez les diabétiques énervés, névropathiques surtout. (*Journ. de méd. et chir. pratiques.*)

Suc de cana agria. Le docteur E. Lopez relate un cas de guérison avec cette substance extraite de la tige d'une graminée qui croît au Pérou. Les urines du malade renfer-

maient 22 parties de glycose sucré sur 100 d'urine. Après trois mois d'usage du suc de *cana agria* et sans aucun autre médicament ni régime, les urines ne contenaient plus de sucre. La guérison se maintenait un an après.

M. Gubler a tenté de vérifier ce fait. Un garçon de 21 ans, entré à l'hôpital Beaujon avec un phlegmon de la main gauche précédé de deux panaris, présentait un amaigrissement considérable avec diarrhée abondante, œdème des membres inférieurs parsemés de pustules d'ecthyma. L'examen des urines par la liqueur de Bareswill dénote une quantité considérable de glycose.

Après un traitement infructueux, le suc de *cana agria*, envoyé du Pérou comme échantillon, est donné à la dose de 90 grammes par jour dans un julep gommeux. Bientôt l'état général s'améliore, la diarrhée disparaît, les forces reviennent sans autre traitement, et le sucre diminue dans l'urine. Malheureusement la provision fut bientôt épuisée et le traitement fut ainsi suspendu avant la guérison. (*Journ. de thérap.* n° 7.)

Sans entraîner la conviction sur la valeur du sucre de cette *canne amère*, l'opposé de la canne à sucre, ces faits permettent de prévoir qu'il existe encore, dans l'Amérique méridionale, de précieux médicaments inconnus, comme le quinquina et le jaborandi.

Innocuité du bois de réglisse. La soif intense qui tourmente les diabétiques, surtout pendant les chaleurs, peut être étanchée par cette tisane. En faisant boire à un diabétique un litre d'eau dans laquelle macérait à froid 10 grammes de bois de réglisse sec, coupé en menus morceaux, M. Stanislas Martin s'est assuré, par l'analyse des urines, que la proportion de sucre n'augmentait pas. On peut même édulcorer le café noir avec un maccratum concentré. Un peu d'eau-de-vie, ajoutée à l'eau simple, en prolonge la conservation comme l'eau distillée.

Un lapin nourri pendant quinze jours consécutifs avec des aliments mélangés de poudre de réglisse fut tué ensuite. L'urine contenue dans la vessie ne renfermait pas de sucre, mais seulement de la glycyrrhisine.

Les diabétiques peuvent donc, sans crainte d'augmenter leur maladie, faire usage continuel de réglisse ; comme

édulcorant, elle remplacera le sucre qui leur est nuisible. (*Bull. de thérap.* 15 septembre.)

Leçons sur le diabète et la glycogenèse animale, par Cl. Bernard; Paris, 1877. Résumé complet et concis de tous les travaux du savant et ingénieux physiologiste sur ce point pour établir ses deux grandes découvertes : présence constante du sucre dans le sang et formation du sucre dans le foie par la transformation de la matière glycogène.

Du diabète sucré chez l'enfant; thèse inaugurale, par le docteur Redon; Paris, 1877. Quoique regardé comme très-rare, l'auteur a pu réunir 32 observations récentes, et la plupart inédites, de cette maladie. Il y a eu 22 morts.

Les principaux signes observés sont : la polyphagie, l'extrême sécheresse de la peau des enfants, la rareté de la terminaison par la phthisie comme chez les adultes, le marasme lent et progressif étant la terminaison ordinaire. (*Soc. de biol.* avril.)

C'est donc un avertissement pour les praticiens d'y regarder de plus près. Toutes les fois qu'un enfant maigrit, qu'il présente de la polyurie ou qu'il est pris d'incontinence nocturne, il faut examiner les urines.

Cet examen est d'autant plus urgent que c'est au début seul que le diabète est curable chez l'enfant par l'exercice, la gymnastique, le régime et surtout la diète carnée. Une hygiène minutieuse est aussi indispensable. Lorsqu'il s'agit d'enfants au-dessous de trois ans, dont l'aliment naturel est le lait, on peut le remplacer par le thé de bœuf des Anglais, en y ajoutant des pâtes de gluten et ensuite de la viande hachée menue avec des œufs.

DIARRHÉE. *Injections morphinées.* Une femme de 46 ans, admise à l'hôpital pour une hémiplégie gauche, fut prise d'une diarrhée profuse qui, par l'absence de douleurs, de coliques, ressemblait à la diarrhée consomptive ou cachectique. Elle était rebelle au sous-nitrate de bismuth, à l'opium, au ratanhia, employés à haute dose, mais ne restant probablement pas assez longtemps dans le tube gastro-intestinal. M. Vulpian crut alors logique de faire pénétrer les médicaments par une autre voie en ralentissant les contrac-

tions intestinales par l'usage hypodermique de la morphine. Dès la seconde injection pratiquée le second jour, la diarrhée cessa complétement. Les fonctions digestives se rétablirent et la malade acquit assez de vigueur du côté sain pour s'en servir. (*Gaz. des hôp.* n° 96, 1876.)

Chlorate de potasse. Les résultats publiés par Bonfigli en 1875 se confirment. Le docteur Moncorvo relate dix autres succès obtenus par lui et d'autres médecins au Brésil. Les expériences qu'il a tentées avec ce sel chez l'homme et les animaux lui ayant permis d'en constater la présence dans les fèces et le mucus intestinal, contrairement aux précédents expérimentateurs, il conclut à son action topique sur la muqueuse intestinale; d'autant plus que son élimination est beaucoup plus tardive par cette voie que par la salive et les urines.

On pourra donc l'employer à l'avenir contre les hyperémies de l'intestin, de quelque nature qu'elles soient, mais encore contre les ulcérations de la muqueuse.

Do emprego do chlorato de potassa na diarrhéa das crianças, par le docteur Moncorvo, membre correspondant des Sociétés de médecine et d'émulation médicale de Paris, etc. Brochure de 40 p. in-8° avec dix observations. Rio de Janeiro.

Exposé des applications de ce sel et des recherches faites sur son action modificatrice des sécrétions morbides de l'intestin.

DIGESTION. *Acidité du suc gastrique.* La difficulté d'obtenir cet acide pur, dans l'estomac, a fait utiliser à cet effet, par le docteur Ch. Richet, le cas de gastrotomie opéré par M. Verneuil pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage. Il a pu se procurer ainsi, par la fistule gastrique, du suc gastrique dépourvu de salive, condition très-difficile à réaliser expérimentalement, même chez les animaux, et qui ne s'est peut-être jamais rencontrée chez l'homme, puisque c'est le premier succès de cette opération. (V. Gastrotomie, 1876.)

Voici le résultat de ses observations : L'absorption de l'eau et de l'alcool est très-rapide, 35 à 40 minutes après leur ingestion, il n'en reste plus de traces dans l'estomac.

Ce séjour est d'une heure et demie pour le lait et de trois à quatre heures pour les aliments : féeules, graisses, viandes. Au lieu de disparaître successivement, ils franchissent le pylore en bloc et tout d'un coup, c'est-à-dire en un quart d'heure. L'estomac est généralement vide quatre heures après le repas et, comme la faim n'arrive que six heures après le repas précédent, on peut affirmer qu'elle n'est pas produite par la vacuité de l'estomac.

70 expériences sur l'acidité du suc gastrique, variées suivant les diverses conditions physiologiques, ont montré que, pur ou mélangé aux aliments, cette acidité correspond seulement à 1 gr. 7 d'acide chlorhydrique pour 1,000 grammes de liquide. Elle n'a jamais été inférieure à 0,5, ni supérieure à 3, 2. C'est dire qu'elle varie extrêmement sans que la quantité de liquide contenu dans l'estomac y contribue. Le vin et l'alcool l'augmentent, le sucre de canne la diminue. Les liquides acides ou alcalins ne la modifient que momentanément; une heure après, l'acidité est normale. Elle augmente légèrement à la fin de la digestion et diminue dans ses intervalles.

Du suc gastrique pur, obtenu après avoir lavé l'estomac à l'eau distillée et fait mâcher des substances sapides qui en provoquent une abondante sécrétion, est un liquide incolore, filant, filtrant facilement, d'une odeur faible et ne se putréfiant pas spontanément. Quatre analyses faites pour déterminer la nature de l'acide qui lui communique son acidité, en dosant le chlore contenu dans 100 grammes, suivant la méthode de Schmidt, ont démontré la présence de l'acide chlorhydrique libre, qui lui donne sa plus grande acidité, et plusieurs autres acides, libres ou combinés aux bases de sodium, calcium et potassium. Outre les acides sulfurique et phosphorique, l'acide lactique a pu être dosé en traitant la masse alimentaire par l'éther anhydre et le résidu par l'oxyde de zinc. 1,000 grammes de suc gastrique ont ainsi donné 583 milligrammes de lactate de zinc sec, soit environ 431 milligrammes d'acide lactique. Il n'est donc que dans le rapport de 1 à 9 avec l'acide chlorhydrique. (*Acad. des sc.* 5 mars.)

En versant du suc gastrique pur, fraîchement recueilli sur un chien à fistule, dans une solution de violet de Paris à 2 centigrammes pour 1,000, M. Laborde montre qu'il n'y

a aucune modification de couleur. Il en conclut que le suc gastrique ne contient pas d'acide chlorhydrique libre, car la solution de violet prendrait une coloration verdâtre s'il en était autrement. Mais, comme l'a remarqué M. Richet, il y a des phosphates acides dans le suc gastrique qui infirment le résultat de cette expérience. (*Soc. de biol.* juin.)

DIPHTHÉRITE. *Albuminurie.* Elle existe dans plus de la moitié des cas. Sur 410 observations collectées par M. Sanné, elle s'est rencontrée 224 fois, dont 7 avec anasarque. Sur 34 cas de croup, M. Moizard l'a constatée 19 fois, sans pouvoir établir une gravité plus grande de ce fait.

Cette excrétion pathologique semble, au contraire, aggraver le pronostic, d'après la mortalité comparée. Tandis que sur 233 cas de diphthérie ainsi compliquée, M. Sanné a compté 142 morts et 91 guérisons, il y eut 97 guérisons et 63 morts seulement sur les 160 cas où l'urine n'était pas albumineuse. Cette complication n'est donc pas de bon augure.

Traité de la diphthérie, par A. Sanné, un vol. in-8° de 662 p. et 4 planches, Paris. Résumé des travaux de détail accomplis à ce jour sur ce point spécial de la science, jugés et comparés avec sagacité, critiqués avec modération, ce livre est un véritable inventaire de tout ce qui a été fait d'important, surtout au point de vue du traitement. Esprit pratique et éclairé par une longue expérience, l'auteur a fait justice de toutes les théories, les statistiques et les médications, en les passant au creuset du raisonnement et de l'expérimentation. C'est le résumé le plus complet qui existe sur la diphthérie.

Leucocythose. Le sang de 24 enfants diphthéritiques, dont 11 atteints d'angine couenneuse et 13 de croup, pris dans le service de M. Bouchut, a été examiné avec le compte-globules de Hayem. L'augmentation considérable des globules blancs a toujours été constatée avec la diminution des globules rouges. Sur 93 examens, 11 fois seulement, les premiers se trouvaient dans la moyenne normale, soit de 5 à 10,000. La moyenne dans les autres s'élevait à 26,660 et, dans un cas, jusqu'à 105,000. Le nombre en était d'autant plus considérable que l'affection était plus grave. La moyenne des globules rouges était descendue au con-

traire à 4,461,543, chiffre inférieur à la moyenne physiologique. (*Acad. des sc.* juillet.)

Chlorate de potasse. De l'examen comparatif fait par le docteur Cadet de Gassicourt sur la valeur thérapeutique du chlorate de potasse, du cubèbe et du salicylate de soude, nouvellement introduit, d'après l'emploi qu'il en a fait pendant ces trois dernières années, sur 241 enfants atteints d'affections diphthéritiques à l'hôpital Sainte-Eugénie, il en est résulté les chiffres suivants :

15 angines diphthéritiques traitées par ce sel, à la dose de dix grammes au plus par jour, ont guéri. 12 cas étaient légers et sans caractère de gravité, les fausses membranes étant peu épaisses et très-limitées, mais les deux autres cas d'intensité médiocre et le dernier très-grave ont également guéri. Il y a donc lieu d'insister sur ce médicament sans en élever la dose à 24 grammes par jour, comme M. Seeligmuller, sous prétexte qu'il guérit en suppléant l'oxygène enlevé du sang par les bactéries et en les détruisant. On le donne dans un julep ou dans un peu de sirop de sucre.

7 cas traités par le copahu et le cubèbe ont donné 6 guérisons, tandis que les 5 cas, dont 3 graves, traités avec le salicylate de soude, n'ont donné que 3 guérisons. La comparaison est donc favorable au chlorate de potasse.

Mais, envisagée au point de vue de la gravité des cas, l'action de ces médicaments perd beaucoup de sa valeur d'après le tableau suivant.

Gravité des cas.	Médicaments employés.	Nombre des cas.	Guéris.	Morts.
Très-légers....	Chlorate de potasse..	12	12	»
	Copahu...............	1	1	»
	Salicylate de soude...	2	2	»
Intensité médiocre.......	Chlorate de potasse ..	2	2	»
	Cubèbe.............	3	3	»
Graves........	Chlorate de potasse ..	1	1	»
	Cubèbe..............	2	2	»
	Salicylate de soude...	1	1	»
Très-graves, toxiques, etc.	Cubèbe..............	1	»	1
	Salicylate de soude...	2	»	2

L'incertitude de leur action dans les cas graves est encore mieux démontrée par le faible succès de leur emploi contre le croup, lors même qu'il est continué après la trachéotomie.

Sur 16 cas traités avec le chlorate de potasse, 8 ont guéri, dont 4 avant la trachéotomie et 4 après, tandis que 8 opérés sont morts. Sur 13 cas traités avec le cubèbe, 9 ont guéri, dont 6 avant l'opération et 3 après, 4 opérés ont succombé.

Sur 10 cas traités par le salicylate de soude, 8 ont guéri : 2 avant la trachéotomie et 6 après, 2 seulement sont morts. La faveur revient donc à cet agent dans ce cas.

Pas plus l'un que l'autre, ces trois médicaments n'ont donc d'action certaine, spécifique sur les fausses membranes; il n'y a là probablement qu'une action générale indirecte, qui triomphe quand les petits malades ont assez de vitalité pour résister longtemps à l'infection. C'est ainsi que quatre malades, dont deux atteints très-légèrement et les autres médiocrement, ont guéri aussi rapidement en étant exclusivement soumis au régime du vin, de l'eau-de-vie et de l'alimentation. A défaut de mieux, il faut donc continuer à les administrer suivant le goût et la disposition des malades. (*Bull. de thérap.*)

Acide salicylique. Quant à son action, dont les Allemands se louaient tant l'année dernière, il résulte de l'opinion de M. Bergeron, exprimée dans la thèse de M. Moizard (Paris, 1876), que les applications topiques seules sont utiles. Il en a constaté positivement l'action, mais il met en doute son effet interne, aussi bien que M. Sée. La plupart des faits publiés par les Allemands lui semblent incomplets et suspects, quant au diagnostic. Mais il a vu aussi son action locale en gargarisme et en injection dans la gorge déterminer la guérison d'une diphthérie vraie chez une jeune femme. Les fausses membranes ont rapidement disparu et ne se sont pas reproduites, sans que l'usage interne du salicylate ait paru y contribuer.

Cet accord d'hommes autorisés sur l'action topique en badigeonnages de l'acide salicylique permet d'y recourir en employant le ramonage de la glotte avec une éponge imbibée de sa solution et solidement fixée à l'extrémité d'une baleine. Ce serait un grand service si l'on pouvait arrêter ainsi le développement local des parasites qui paraissent constituer cette lésion. (*Acad. de méd.* juin.)

Ce n'est pas que l'on doive compter sur une action spéci-

fique. La conclusion « qu'il n'y a pas de spécifique de la diphthérie connu jusqu'à ce jour, » adoptée par le dernier Congrès international des sciences médicales de Genève, dans la séance du 11 septembre, le dit assez haut.

DOSES. L'importance de l'introduction des alcaloïdes ou principes immédiats dans la thérapeutique usuelle rend utile le tableau suivant pour servir de vade mecum au praticien. Il sera ainsi à l'abri de toute appréhension de nocuité.

Dosage par milligrammes.

Dose maxima de 24 heures.

Atropine	0,001 à 0,004	milligr.
Sulfate d'atropine	0,001 à 0,004	—
Digitaline	0,002 à 0,010	—
Aconitine cristallisée de Duquesnel,	1/4	—
toutes les quatre heures jusqu'à.	0,002	—
Éserine	1/4 à 0,002	—
Hyoscyamine	0,002 à 0,005	—
Daturine	1/2 à 0,003	—
Curarine	1/4 à 0,002	—
Nicotine	1/2 à 0,003	—

Ces deux dernières n'ont été employées jusqu'ici que dans le tétanos ou la rage.

Dosage par centigrammes.

Dose maxima de 24 heures.

Morphine et ses sels	0,01	centigr.	0,10
Codéine	0,02	—	0,10
Narcéine	0,03	—	0,15
Quinine (sulfate neutre)	0,25	—	1 gr.
Caféine (?)	0,20	—	0,50 c.
Santonine	0,05	—	0,30
Couicine ou cicutine	0,01	—	0,10
Vératrine	0,01	—	0,03
Strychnine (sulfate)	0,01	—	0,03
Hachischine	0,02	—	0,10

(*Tribune méd.*, 7 janvier.)

DRAINAGE. *Fil de catgut.* Au tube en caoutchouc imaginé par M. Chassaignac, M. Chiene d'Edimbourg substitue des faisceaux de huit à seize fils de catgut ou corde à boyau. Élève de Lister, qui a introduit ce fil organique pour

les ligatures de son pansement phéniqué, ce jeune chirurgien le place dans le fond des plaies pour l'écoulement des produits de sécrétion, comme on l'a fait depuis longtemps avec les fils des ligatures ou de fines mèches de coton ou de charpie.

Cette idée d'utiliser la capillarité n'est donc pas nouvelle, mais ces fils organiques ont l'avantage de moins irriter les tissus que les tubes en caoutchouc et de ne pas favoriser comme eux l'arrivée de l'air au fond de la plaie, ils ne nécessitent pas des changements aussi fréquents que les tubes et ont surtout l'avantage de se résorber, à mesure que la plaie diminue, sans agir comme corps étrangers.

L'innovation est donc heureuse et, quoique son auteur ne l'emploie que dans le pansement antiseptique, après avoir fait macérer les fils dans une solution d'acide chromique pour les rendre plus résistants à l'absorption, on peut en faire usage dans les pansements ordinaires avec la simple précaution de les tremper dans l'huile phéniquée.

M. J. Bœckel a eu recours ainsi à ce drainage au catgut dans trois amputations, dont deux de cuisse et une de l'avant-bras, en combinant le pansement phéniqué et ouaté. Du cinquième au onzième jour, tous les fils étaient résorbés et la plaie réunie aussitôt leur disparition. (*Gaz méd. de Strasb.* avril.)

DYSMÉNORRHÉE. — Voy. TRACHÉOTOMIE.

DYSPEPSIE. En admettant qu'elle puisse se produire sous l'influence de causes morales : chagrins, émotions, préoccupations, et qui se passent, comme le dit Brinton, dans le monde invisible de la pensée, M. Gallard n'y reconnaît pas moins un trouble fonctionnel qui est la véritable cause anatomique. Il admet ainsi *la dyspepsie par défaut d'acidité du suc gastrique, résultant d'une sudation abondante habituelle.* Partant de cette donnée qu'il suffit d'une diminution peu considérable de l'acidité normale du suc gastrique pour entraver, d'une façon notable, le travail de la digestion, il attribue cette diminution de l'acidité du suc gastrique qui ne manque jamais de se produire à la suite d'une sueur abondante. C'est ainsi qu'un jeune garçon,

employé au travail de l'étuve dans une fabrique de chocolat, en était atteint. Et, généralisant ce fait, il attribue cet effet à la même cause chez les individus qui se livrent à un exercice violent après leur repas, chez les campagnards pendant la moisson, chez les habitants des pays chauds, chez les soldats en campagne pendant l'été, etc. Telle est l'influence de la température élevée sur la digestion et l'utilité des boissons aqueuses acidules, des limonades, pour y rémédier, surtout chez ceux qui suent abondamment. (*Clinique médicale de la Pitié.*)

Rétention incomplète d'urine. On observe souvent un ensemble d'accidents dyspeptiques dont la cause reste inconnue, inexpliquée. Il y a perte d'appétit, dégoût prononcé des aliments, difficulté de la digestion et même vomissements des liquides, soif vive, bouche sèche, maigreur et perte des forces, sans que l'on trouve aucune cause locale ni douleur pour expliquer ces symptômes. Parfois il s'y joint des douleurs, des pesanteurs de ventre et la constipation est habituelle. Les urines sont claires et assez abondantes, ne contiennent ni sucre ni albumine, et l'attention des malades n'est nullement appelée de ce côté.

Mais si l'on porte la main sur la région hypogastrique, on reconnaît que la vessie forme une tumeur rénittente, plus ou moins volumineuse, soit sur la partie médiane, soit sur les côtés. Elle peut manquer si le malade a uriné depuis peu, mais la matité indique suffisamment qu'une certaine quantité d'urine stagne dans la vessie sans que le besoin de l'expulser se fasse sentir.

Une hypertrophie de la prostate est ordinairement la cause de cette rétention incomplète; on l'observe ainsi chez les vieillards. Mais la paresse atonique de la vessie, chez les femmes hystériques, peut aussi donner lieu aux mêmes accidents dyspeptiques. Il faut donc, dans toutes les dyspepsies rebelles, songer à la possibilité d'une rétention incomplète d'urine, surtout si le malade est âgé, comme on en trouvera plusieurs exemples. (Voy. PROSTATE, RÉTENTION.)

DYSTOCIE. Un nouveau cas de *dilatation sacciforme du segment postérieur de l'utérus*, qui a tant exercé la sagacité des accoucheurs en 1864 à l'Académie de médecine

(Voy. *années* 1864 et 1865), s'est présenté à M. Depaul et lui a permis de confirmer sur le cadavre l'interprétation que, le premier, il lui avait donnée sur le vivant. Une femme de 35 ans, bipare, enceinte de sept mois et demi, en travail depuis 30 heures, est reçue à l'hôpital des Cliniques. On trouve une tumeur profondément engagée dans l'excavation pelvienne, à 3 centimètres de la vulve, épaisse et ne laissant percevoir aucune forme du fœtus. Pas de cul-de-sac vaginal postérieur, la paroi antérieure était beaucoup plus étendue, tellement que l'index, tout en dépassant le pubis, atteignait à peine le cul-de-sac antérieur. Nulle part on ne trouvait le col utérin. Une légère tuméfaction transversale existait seulement sur la partie la plus saillante. M. Depaul crut à une oblitération du col et prit cette tuméfaction pour un rudiment de la lèvre postérieure. L'hystérotomie vaginale fut donc pratiquée, mais l'incision, portant sur l'insertion placentaire, donna lieu à une hémorrhagie qui obligea de surseoir à l'extraction pour procéder au tamponnement du vagin. Le lendemain seulement, on ponctionna l'amnios et, le travail ne faisant aucun progrès, on arracha la partie saillante du placenta et, à l'aide du crochet mousse, l'une des jambes fut attirée, puis le tronc. Mais le cou se rompit et la tête ne put être extraite. La malade succomba pendant la nuit non délivrée.

L'autopsie montra un utérus volumineux, d'un diamètre vertical de 23 et de 20 transversalement. Le col était situé très-haut, en arrière et au-dessus du pubis, à 9 centimètres au-dessus de l'incision. Tandis qu'un plan vertical passant du fond de l'utérus à cette incision divisait la cavité en deux parties à peu près égales, le plan passant du fond utérin au museau de tanche mesurait 21 centimètres en avant et 46 en arrière. Le développement de l'utérus était donc très-inégal et plus du double en arrière qu'en avant. Cette cause de dystocie se trouve ainsi éclairée et confirmée. (*Arch. de tocologie*, 1876.)

E

EMPOISONNEMENTS. L'ingestion successive de divers produits, non toxiques isolément, peut déterminer, par leur

réaction dans l'estomac, des symptômes trompeurs et une mort rapide qui ne s'expliquent ni par l'un ni par l'autre. De là des causes d'erreur et un danger public que la défense de la vente des poisons ne prévient pas toujours. Sans doute des connaissances chimiques sont indispensables dans ce cas. Un coloriste se suicida ainsi en prenant successivement une solution aqueuse de prussiate jaune de potasse et une solution de tartre. Or il est très-facile de se procurer ces deux sels non toxiques par eux-mêmes (Judell, *Erlangen*, 1876); tandis que, mis en contact, l'acide prussique est mis en liberté par la formation du tartrate de potasse.

Ces exemples sont si rares que les traités classiques n'en font pas mention. En voici un tout récent relaté par le docteur Volz (*d'Ulm*).

Un commerçant célibataire, qui avait manifesté à plusieurs reprises et la veille même l'idée de mettre fin à ses jours, est trouvé mort dans son lit le 9 avril. C'était un homme instruit, un viveur raffiné, très-soigneux de sa personne. Il avait vainement tenté de se procurer du cyanure de potassium dans les derniers temps et s'était mis à lire des livres de chimie en étudiant particulièrement le mode d'emploi technique du prussiate jaune de potasse. On l'avait encore vu lisant à sa fenêtre une heure avant sa mort.

Une fiole restée sur la table de nuit, étiquetée acide chlorhydrique, contenait 60 grammes d'un mélange à parties égales de cet acide et d'acide nitrique. Une tasse à côté en contenait encore quelques gouttes; 25 grammes environ manquaient dans la fiole.

Expression calme du cadavre : yeux ouverts, brillants; cornée transparente et pupilles étroites. Pâleur extrême des téguments. Au niveau de la narine droite et au-dessous de la lèvre inférieure du même côté, existent des taches rouge brun de la peau, coriace et comme escharifiée, ainsi que les lèvres.

Ces stries cuivrées ainsi que les eschares de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage et de l'estomac, le ramollissement de ce dernier qui se déchire près de la grande courbure en voulant le soulever pour en extraire le contenu, tout indiquait l'ingestion d'un acide minéral. De nombreuses taches rouge vineux ou violet foncé sur le plastron et le col de la chemise le révélaient aussi et le

contenu de 60 grammes d'un liquide brun sale dans l'estomac le mirent hors de doute.

Mais d'autre part, la mort rapide, l'aspect tranquille et calme du cadavre rendaient ce genre d'empoisonnement invraisemblable, car il est accompagné de vives souffrances et marche assez lentement.

L'analyse du liquide stomacal par divers réactifs montra des substances étrangères aux deux acides. L'azotate d'argent produisit un abondant précipité caillebotté, et, à la fin de la distillation du liquide, l'odeur d'acide prussique devint appréciable. Et par la présence de l'acide ferro-cyanique, de cyanure de fer et de ferro-cyanure de potassium, on acquit la certitude que le suicidé avait pris une solution de prussiate de potasse, puis l'acide minéral qui, en le décomposant, avait produit la mort immédiate. La toux et les gaz survenant avaient produit les eschares de la face et les taches des vêtements.

Ces faits sont d'autant plus importants à connaître que rien n'est plus facile que de se procurer ce sel non toxique et les agents capables de le décomposer. — Voy. GLYCÉRISME.

Simulation par l'ulcère simple de l'estomac. Voy. *ce mot.*

Empoisonnement saturnin. *Danger des bois de démolition pour chauffer les fours.* Une véritable épidémie de coliques de plomb a été observée récemment dans le quartier de la plaine Monceau, c'est-à-dire dans les 8e et 17e arrondissements de Paris, par le docteur Ducamp et différents médecins des hôpitaux du voisinage où plusieurs malades sont allés se faire soigner. 66 observations en sont ainsi relatées avec liseré très-intense, coliques, pâleur, anorexie, faiblesse, anaphrodisie et même analgésie des avant-bras dans quelques cas. L'eau ni le vin que buvaient ces malades à des distances si éloignées ne pouvant être accusés, il fut constaté que tous faisaient usage d'un pain pris chez le même boulanger, boulevard de Courcelles, 57. Un homme éloigné, dont la femme n'était pas intoxiquée, faisait seul exception, mais il fut reconnu que le gargotier où il déjeunait tous les jours, loin de son logis, prenait son pain chez le même boulanger. Il s'agissait donc d'en rechercher la cause.

Ce n'était ni l'eau ni les farines, car la mie du pain ne contenait pas de plomb, mais l'analyse en trouva dans la croûte. Le boulanger n'était pas coupable sciemment, car il mangeait de son pain et en était intoxiqué lui-même, ainsi que toute sa famille et son personnel jusqu'aux femmes qui l'époussetaient. On fut ainsi amené à constater qu'il chauffait son four avec de vieux bois peints, de portes, fenêtres et volets des démolitions de l'avenue de l'Opéra et du boulevard Saint-Germain, achetés chez un marchand de matériaux de démolitions, rue du faubourg Saint-Honoré, 252. On comprit ainsi que, vingt fois peintes et repeintes à la céruse, ces pièces de bois brûlées aient laissé un oxyde de plomb qui, en se déposant à l'état pulvérulent, se soit attaché au pain et répandu dans toute la boutique. (*Soc. de méd. publique*, juillet, et *Ann. d'hyg. et de méd. légale*, n° 101.)

La constatation de ces faits étant parvenue à la connaissance du préfet de police, une ordonnance a été rendue aussitôt interdisant formellement l'usage, pour le chauffage des fours de boulangerie et de pâtisserie, de bois ayant été enduits de peintures ou de préparations chimiques quelconques. Les contraventions, constatées par les agents de la préfecture dans toute l'étendue de son ressort, seront passibles d'amende.

Empoisonnement par l'acide sulfurique. *Élimination de a muqueuse stomacale.* Ce fait unique et extraordinaire a été observé par M. Laboulbène qui, plus d'une fois, a annoncé des phénomènes aussi merveilleux. Il annonçait ainsi avoir perçu la succussion hippocratique, c'est à-dire la présence de l'air, dans un kyste ovarique que la suite a montré être un simple abcès (*V. année* 1875), mais il n'est pas aussi facile de démontrer l'identité de la muqueuse gastrique. C'est pourquoi aux objections qui lui ont été faites, par M. Gubler, sur l'absence des glandes à pepsine, l'honorable observateur a cherché, dans l'autopsie même, les preuves de son opinion.

Il s'agit d'un homme de 59 ans qui, ayant bu par mégarde deux ou trois gorgées d'acide sulfurique à 60°, rendit, 14 jours après, des lambeaux noirâtres, lesquels, étalés dans l'eau, parurent être des lambeaux de muqueuse œsophagienne. Le lendemain, les mêmes symptômes d'étouffement se re-

nouvellent plus violents et, après vingt minutes d'efforts, cet homme retira de sa bouche, comme la veille, une grosse masse noirâtre membraniforme qui, étalée dans l'eau, est irrégulièrement ovale, recourbée, de la largeur des deux mains, d'une résistance et d'une tenacité qui rappellent celles des membranes aponévrotiques minces avec des vaisseaux remplis de sang coagulé dans l'épaisseur.

L'expulsion de ces membranes soulagea le malade qui put dès lors prendre quelques aliments tout en continuant à maigrir. Mais bientôt tout a été rejeté : solides et liquides; le malade s'est affaibli graduellement et a succombé dans un état de maigreur excessive le 29 janvier 1877, c'est-à-dire 71 jours après l'élimination de la muqueuse gastrique et œsophagienne ou 86 après l'empoisonnement qui l'avait provoquée.

L'autopsie montra l'estomac très-réduit de volume à l'extérieur, de coloration blanchâtre avec sa grande courbure trilobée. Pas d'altération de couleur ni de consistance, excepté à la région pylorique où il est dur et rétréci dans une étendue de cinq centimètres. Ouvert, sa face interne est lisse, parsemée de lignes brunâtres avec des reliefs étoilés grisâtres vers le cardia et le pylore. Ce sont des cicatrices fibreuses très-résistantes.

L'orifice pylorique admet à peine une petite plume de corbeau. Tous les autres tissus sont à l'état normal, excepté la partie inférieure de l'œsophage dont la muqueuse a disparu.

D'où l'auteur conclut que les membranes éliminées étaient bien la muqueuse de l'estomac et de la partie inférieure de l'œsophage; ce qui, au point de vue anatomo-pathologique et médico-légal, est un fait nouveau et presque inexplicable. (*Acad. de méd.*, décembre et février.)

A l'appui, le docteur Mignot (de Chantelle) cite un fait absolument semblable arrivé en 1853 chez un serrurier de 40 ans. Après des vomissements de matières noirâtres, la réaction s'opéra et des symptômes inflammatoires accompagnèrent l'élimination de la membrane buccale et pharyngienne touchée par l'acide sulfurique. L'intolérance de l'estomac empêcha le malheureux de s'alimenter. Il y eut fièvre hectique, consomption, et un jour, deux mois environ après l'accident, *une membrane ayant la forme et tous les*

caractères de la membrane muqueuse de l'estomac fut rejetée par la bouche à la suite d'efforts de vomissements. Les médecins chargés de faire un rapport sur ce fait furent d'avis, après examen, qu'il s'agissait bien de la muqueuse gastrique éliminée dans sa presque totalité et qu'aucune production morbide accidentelle ne pouvait présenter la composition et la texture qu'elle offrait. Le malade succomba en quelque sorte d'inanition, après trois mois des plus vives souffrances. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 mars.)

Empoisonnement par la santonine. Certains enfants peuvent en éprouver les effets toxiques à des doses très-minimes et l'usage vulgaire que l'on fait des pastilles contre les vers constitue ainsi un vrai danger public. Le professeur Binz a vu ainsi un enfant de 25 mois empoisonné avec deux tablettes de 25 milligrammes chaque. Des convulsions cloniques ont éclaté dix heures après, avec dilatation des pupilles et extinction de la voix, et ces accès se sont répétés, pendant cinq jours consécutifs, en diminuant graduellement de nombre et d'intensité jusqu'à la guérison avec le chloral, le chloroforme et l'éther.

Le docteur Duclaux a observé l'empoisonnement d'un enfant de 4 ans 1/2 qui avait absorbé 27 à 28 centigrammes de santonine en une seule fois. 3 pastilles par jour, soit 7 centigrammes et demi, ont suffi chez des enfants de 2 à 4 ans pour déterminer, le quatrième jour, la coloration jaune orange ou rouge brun de l'urine, des nausées et des vomissements. (*Arch. méd. belges*, juin.)

Les enfants albuminuriques sont surtout exposés à ces effets toxiques et c'est pourquoi il devrait être interdit de vendre ces pastilles sans ordonnance.

ENCHONDROMES. Enchondrôme de la glande sous-maxillaire. Cette tumeur paraît fort rare, car le premier exemple en est figuré dans le traité de Virchow. C'était un chondrôme compacte ossifiant, gros comme le poing. (*T. I*er*, page* 502, *fig.* 102.) M. Stolz en a publié un autre ainsi que M. Pozzi. C'est donc le quatrième cas connu que M. Th. Anger a rencontré chez une jeune fille. La marche lente de cette tumeur, qui remontait à six ans, son indolence, sa dureté, firent diagnostiquer un enchondrôme, et l'examen

anatomique, après l'énucléation, confirma le fait. Au centre, d'une consistance et d'une couleur cartilagineuse, se trouvaient trois noyaux rouges, ostéoplastiques. Le cartilage était formé de cellules avec des capsules de distance en distance contenant de 5 à 8 cellules et des débris de culs-de-sac glandulaires, caractères histologiques de l'enchondrôme. Une fois la lamelle celluleuse qui l'enveloppait incisée, l'énucléation en fut facile. (*Soc. de chir.* janvier.)

Enchondrôme parotidien. *Écrasement.* Un exemple remarquable, autant par son volume que par sa guérison rapide, en est rapporté par M. Bardy Delisle sur un cultivateur de 23 ans, d'une bonne santé, qui a vu se développer, dès l'âge de 8 à 10 ans, une petite glande sur le côté droit de la région parotidienne et qui s'est lentement et graduellement accrue au point d'occuper tout le côté de la face et du cou. Cette tumeur s'étendait en hauteur de l'arcade zygomatique et le lobule de l'oreille jusqu'à quatre centimètres au-dessus de la clavicule et transversalement du faisceau postérieur du sterno-mastoïdien qu'elle débordait jusqu'à trois centimètres de la commissure labiale. D'une dureté extrême et légèrement bosselée, elle est recouvérte de la peau tendue et amincie dessus, mobile, intacte et un peu vascularisée. Sessile, elle a une base profonde et mobile. Elle est complétement indolore et incommode seulement par son volume et son poids.

Le développement lent et la dureté ligneuse de la tumeur en désignaient la nature avec évidence. L'excision en fut faite, le 30 juillet 1876, à l'hôpital de Périgueux. Après avoir cerné la tumeur par deux incisions semi-lunaires et disséqué la peau à droite et à gauche, la chaîne de l'écraseur fut passée autour comme un collier. La section dura une demi-heure et donna à peine quelques cuillerées de sang. La masse abattue pesait 750 grammes, sans comprendre autre chose qu'un très-petit fragment de la parotide et quelques fibres du masséter.

La plaie fut réunie immédiatement avec sept points de suture en fil d'argent, malgré son étendue, sa profondeur et son inégalité. Elle se réunit par première intention sans trace de suppuration. Il ne s'écoula à la partie inférieure qu'une sérosité incolore comme de la salive. Dès le quinzième

jour, la cicatrisation était complète. (*Soc. de chir.* et *Union méd.* n° 72.)

Exemple pour les chirurgiens de province de ne pas reculer devant des opérations redoutables en apparence et qu'ils peuvent exécuter, grâce à l'écraseur, avec sécurité pour eux et leurs malades.

ENDOCARDITE VÉGÉTANTE. Elle a été rencontrée pour la première fois par M. Dujardin Beaumetz à l'orifice de l'artère pulmonaire, chez un garçon de 21 ans, alcoolique. A la suite d'un refroidissement, il fut pris de constriction de la poitrine, oppression et palpitations. L'anémie succéda avec pâleur chlorotique. A son entrée à l'hôpital, le 5 mai dernier, on constate un double souffle dans le troisième espace intercostal s'étendant surtout à la droite du sternum. L'intégrité du pouls et la non-prolongation des bruits du côté de l'aorte, autant que le retentissement des bruits du cœur dans les vaisseaux, en éloignant l'idée d'une altération organique, firent croire à un souffle anémique.

Une albuminurie coexistante avec bouffissure et œdème, urine albumineuse et sanguinolente rare, arrêta l'attention sur ce phénomène. Le 17 mai, une injection sous-cutanée de deux centigrammes de nitrate de pylocarpine, pour exciter la sueur, détermina un délire bruyant et la mort.

L'autopsie, en révélant une dégénérescence granulo-graisseuse des deux reins, un foie volumineux et gras, une rate hypertrophiée et diffluente, ainsi que l'augmentation des ganglions mésentériques, montre aussi une série de végétations à l'orifice de l'artère pulmonaire. D'un blanc grisâtre, granuleuses et fermes, ces végétations, au nombre de quatre, sont insérées au bord libre des valvules et très-adhérentes. Leur grosseur varie d'un haricot à une o ive. La quatrième, grosse comme une petite noix, est placée dans l'artère pulmonaire, immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes. Ramollie à son centre, elle se détache à la moindre traction d'une surface d'implantation érodée.

C'était donc une insuffisance avec rétrécissement de l'orifice pulmonaire ayant provoqué la dilatation du ventricule droit. (*Soc. méd. des hôp.* mai, et *Union méd.* n° 100.)

ENDOMÉTRITE MUQUEUSE. Variété nouvelle que

von Grunewaldt de Saint-Pétersbourg tend à introduire dans la nosologie en se fondant sur les caractères spéciaux de la sécrétion utérine. Épaisse, glaireuse et très-gluante, elle se retrouve constamment entre les lèvres du col sans être jamais striée de sang comme dans les autres formes. La muqueuse vaginale conserve sa couleur normale, le col est arrondi et lisse, sans érosion ni hypertrophie folliculaire. Les femmes n'en souffrent pas et s'en doutent à peine.

Cette forme est rare, car, sur 400 cas, l'auteur n'en a observé que 24. Les jeunes femmes en sont spécialement atteintes, surtout celles qui ont été réglées tardivement. La menstruation est pourtant normale, malgré cette sécrétion, mais parfois douloureuse ; une céphalalgie violente se montre souvent. La constipation est fréquente. Mais le symptôme le plus important est la stérilité absolue. Aucune des femmes observées par l'auteur n'est devenue mère.

C'est pourquoi nous avons été appelé à examiner une fille galante de 25 ans, n'ayant jamais eu d'enfant. L'utérus était très-bas et un bouchon glaireux très-gluant se trouvait dans le col à chaque examen, quoiqu'elle se nettoyât avec soin. Elle n'avait jamais communiqué d'écoulement.

L'auteur ne voit là qu'une inflammation cervicale produite par l'irritation locale de l'appareil sexuel. Cet écoulement est si rebelle que des lavages, des badigeonnages de la cavité utérine n'ont pu le faire cesser.

Cette communication n'a trouvé qu'opposition devant la section gynécologique de la Société des médecins de Saint-Pétersbourg. Ils n'y ont vu qu'une forme du catarrhe utérin dont la sécrétion est très-variable et plus gluante ordinairement chez les jeunes femmes que chez les vieilles. Elle rentre dans les sécrétions épithéliales. L'absence d'érosions du col tient à la nulliparité.

Et quant à la qualification de muqueuse, elle n'est pas distinctive, car toute endométrite est forcément muqueuse, dit M. Horwitz (*Saint-Petersburger med. Zeitsch.* 1876.)

ENSEIGNEMENT. L'ouverture récente du nouvel Hôtel-Dieu de Paris, placé au nord de l'ancien, le long du bras droit de la Seine dans la Cité, a provoqué de nouvelles critiques sur son aménagement et sa destination. Après les hygiénistes exigeant sa démolition partielle avant d'y ins-

taller les malades, voici un professeur des plus autorisés, M. Lasègue, qui lui assigne une destination toute différente. Au milieu de la ville, dit-il, dans un quartier délaissé depuis longtemps par la population ouvrière, au voisinage de l'École de médecine, ce qu'il fallait, c'était un hôpital d'instruction. Le rêve eût été de réunir, dans la même enceinte, tous les enseignements généraux et spéciaux, d'ouvrir des salles pour la médecine, la chirurgie, les maladies de la peau, la syphilis, les maladies des enfants, etc., de rassembler, par une attraction puissante, les élèves dispersés malgré eux et de fonder ainsi la *maison mère* de la médecine. Forcément, il se fût produit un rayonnement autour de ce foyer ; les pratiques spéciales eussent tout gagné au contact des services généraux, et réciproquement les médecins qui tiennent au *grand art* eussent profité de la fréquentation des spécialistes. Le relevé des faits observés dans cet hôpital modèle, où auraient afflué les cas rares en toutes choses, eût été à lui seul un grand enseignement. C'est là que les nouveautés auraient trouvé leur contrôle et reçu leur condamnation ou leur sanction ; les cours se seraient succédé, entretenant le zèle par une honnête concurrence ; l'hôpital n'aurait pas un moment chômé pour la science.

Au lieu de cet idéal si facile à réaliser, qui eût fait la gloire d'une ville et l'honneur de l'enseignement, le nouvel Hôtel-Dieu se recommandera par les qualités plus modestes de la correction ; son équivalent existera partout, même à Paris, à Ménilmontant ou à Lariboisière, et la comparaison portera sur des détails diversement réussis. Les greniers seuls n'auront à craindre aucun parallèle. (*Archiv. de méd.* août.)

Maladies mentales. Un décret du 18 avril a institué cette chaire spéciale, votée l'année dernière par la Chambre des députés, à la Faculté de médecine de Paris. Mais le titre en est ambigu et différent de celui qui lui avait été donné par la loi. On avait créé une chaire de *clinique* des maladies mentales et le décret la dénomme chaire *clinique de pathologie* mentale, comme s'il voulait dire qu'elle comprendrait à la fois des leçons cliniques au lit des malades et un cours théorique de pathologie mentale dans la chaire. Est-ce donc une chaire double ou deux chaires distinctes que l'on a voulu instituer ?

Un décret du même jour, nommant M. le docteur Ball, agrégé, professeur de *pathologie mentale et des maladies de l'encéphale*, consacre la même ambiguïté. Il n'est plus question de *clinique* ici et il semble qu'il soit chargé seulement de faire un cours théorique de pathologie mentale. On peut le supposer d'autant mieux que ce titulaire n'a pas été choisi parmi les aliénistes cliniciens et qu'il a été chargé exclusivement de faire, comme agrégé, des leçons sur les maladies mentales à la Faculté, tandis que des aliénistes distingués, comme MM. Magnan, Voisin, font des démonstrations cliniques dans les hôpitaux spéciaux. Le fait seul pourra éclaircir cette ambiguïté regrettable.

Médecine légale. Un enseignement clinique vient d'être fondé à la Morgue de Paris. Les cours auront lieu deux fois par semaine, pendant tout le semestre d'hiver, pour les élèves de quatrième année. Les corps qui n'auront pas été réclamés ou reconnus, dans un délai fixé, serviront aux démonstrations. — V. MÉDECINE LÉGALE.

Cliniques spéciales annexes. L'institution de chaires spéciales à la nouvelle Faculté de Lyon rendait indispensable la même chose pour les autres Facultés. Par économie sans doute et par nécessité, on les a remplacées par des cours annexes et complémentaires. Un décret du 20 août les fixe à six : Maladies des voies urinaires, des enfants, syphilitiques et vénériennes, des yeux, de la peau, et les affections mentales dont la chaire existe déjà. Des agrégés, ou simples docteurs, pourvu qu'ils soient médecins ou chirurgiens des hôpitaux, en sont chargés, pour un terme de dix ans, à moins de cesser avant leur service hospitalier. A ce titre, ils participent à l'enseignement de la Faculté, à ses délibérations pour tout ce qui concerne leur enseignement, et prennent part aux examens. Ce sont donc de véritables professeurs sans le titre, ni la chaire et surtout le traitement.

Un arrêté ministériel du 11 octobre a nommé pour faire ces cours cliniques à Paris :

Maladies de la peau : M. E. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis.

Maladies des enfants : M. Archambault, à l'hôpital des Enfants.

Maladies des yeux : M. Panas, à Lariboisière.

Maladies des voies urinaires : M. Tillaux, à Lariboisière.

Maladies { *Syphilitiques* : M. A. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.
Vénériennes : M. Mauriac, à l'hôpital du Midi.

Maladies mentales : M. A. Voisin, à la Salpêtrière.

Des services spéciaux seront mis à la disposition de ces professeurs, si ceux existants sont reconnus insuffisants, et le programme des matières enseignées sera publié chaque année avec celui de la Faculté.

Quelle uniformité va avoir l'enseignement officiel si cela continue! Voici tout d'abord celui de Paris mis au dessous de celui de Lyon qui, de ces six spécialités, en a quatre professées dans des chaires magistrales, tandis que les maladies mentales le sont seules à Paris. L'enseignement des maladies des voies génito-urinaires, institué à Paris, n'est pas représenté à Lyon, tandis que le cours clinique de gynécologie n'existe que là. La diversité est bien grande avec les autres Facultés de Lille, de Bordeaux et de Nancy. Au lieu d'un plan uniforme fondé sur les principes, on décrète au gré de tel ou tel ministre, suivant le désir, les aspirations des postulants, leur âge et leur position dans les hôpitaux. Il est évident que c'est par convenance que l'enseignement des maladies syphilitiques a été divisé en deux, comme celui des maladies mentales. Et cela parce que l'Assistance publique n'a pas voulu se prêter à une clinique complète et unique, comme cela existe à Lyon.

On ne peut que blâmer ce coup d'État d'un ministre autoritaire, décrétant sur des matières d'enseignement qu'il ignore sans en référer au doyen et aux professeurs de la Faculté et en leur signifiant ses volontés, son bon plaisir par le *Journal officiel*. Introduire ainsi dans leur corps, associer à leurs actes, sans les consulter, des hommes qui y sont étrangers, c'est contrevenir à toutes les convenances et à tous les précédents. Aussi professeurs et agrégés ont-ils justement protesté par des actes séparés et fortement motivés.

Ce n'est pas que la Faculté n'ait aussi des reproches à se faire. Quand, après l'empire déchu, on lui a demandé son avis sur le rétablissement du concours, elle a répondu négativement à la majorité d'une voix, c'était pourtant le seu

moyen d'établir son autonomie et de ne laisser entrer dans son sein que ceux qu'elle en jugerait dignes. Elle a préféré se créer des loisirs et le privilége de la présentation directe et secrète. Et quand l'administration lui a demandé, plus récemment, de créer des chaires spéciales, pourquoi a-t-elle refusé? Si elle l'avait dit publiquement alors, elle eût été mieux fondée à protester contre le décret qui lui impose ces chaires et leurs professeurs. Elle a donc provoqué le coup qui l'atteint.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. Voici enfin une quatrième Faculté de médecine en province. Un décret du 24 avril l'organise, par la création de vingt-cinq chaires dont seize titulaires sont nommés au choix. Des chargés de cours désignés rempliront les autres en attendant. Huit professeurs adjoints sont aussi nommés pour faire des cours cliniques complémentaires ou spéciaux, en dehors des vingt-deux agrégés chargés de cours annexes ou de conférences. C'est donc dès maintenant un personnel de 55 professeurs et démonstrateurs, chargés de mettre immédiatement en mouvement ce nouveau centre d'enseignement dès le début de son fonctionnement. C'est beaucoup plus que dans les autres Facultés de province et à Paris même où les spécialités ne sont pas aussi complétement représentées. Il est vrai que l'enseignement de la pharmacie s'y trouve mêlé, mais ce n'en est pas moins une obligation morale, pour les autres Facultés et le gouvernement lui-même, de se mettre à l'unisson en ce qui concerne l'enseignement de la médecine.

L'organisation de ce nouvel enseignement médical classique se distingue essentiellement par sa *spécialisation* et sa *clinification.* Il compte en effet des chaires de clinique, dont six dites spéciales. Ce sont celle des maladies mentales, dénommée ici explicitement *clinique*, avec un titulaire et deux agrégés, celles des maladies des femmes et des enfants, des maladies cutanées et syphilitiques, des yeux; toutes pourvues en double d'un titulaire et d'un adjoint ou d'un agrégé. Il faut signaler aussi la chaire d'anatomie générale et histologie, et celle de médecine expérimentale et comparée remplie par un vétérinaire distingué. Ce sont là des faits qui, en indiquant les besoins actuels, y satisfont largement.

La moitié des professeurs titulaires, adjoints et chargés de cours actuellement en exercice, seront désignés par le sort, le doyen y compris, pour être remplacés ou renouvelés dans trois ans et l'autre moitié dans six.

Une autre perspective plus rassurante, c'est que, dans deux ans, le mode de nomination directe des agrégés sera remplacé par le concours pour un tiers et ainsi de suite. C'est donc une garantie que le savoir et le mérite seuls y auront place désormais.

Agrégation. Par décret du 11 août, le stage imposé aux agrégés des Facultés de médecine est supprimé. Leur stage sera de neuf ans à l'avenir et ils seront renouvelés par tiers de trois en trois ans comme le Sénat. Quelle haute assimilation l'ordre moral leur fait ainsi sur la proposition de M. Jean Brunet! Aussi a-t-il arrêté, qu'un nouveau concours pour 40 places d'agrégés, à répartir dans les diverses Facultés, aurait lieu à Paris, conformément au décret de son prédécesseur Cumont, en 1878.

Ces concours s'ouvriront le 16 février 1878, pour 14 places dans la section de médecine, savoir : 4 à Paris, 3 à Lille, 2 à Lyon, 3 à Montpellier et 2 à Nancy.

Le 25 avril, pour 10 places dans la section de chirurgie et 2 dans celles d'accouchements, dont 4 à Paris, 3 à Lille, 2 à Lyon, 1 à Montpellier et 2 à Nancy; celles d'accouchements étant à Paris et à Nancy.

Le 15 juin, pour 14 places dans les sections des sciences anatomiques et physiques, dont 2 à Paris et 2 à Lille (*anatomie et histoire naturelle*), 3 à Lyon et 3 à Montpellier (*anatomie, histoire naturelle, physique et chimie*), et 4 à Nancy (*anatomie, physique et chimie*).

Un décret prescrit aussi de distribuer les sujets de thèse aux candidats immédiatement après les épreuves éliminatoires, bien que le dépôt n'en doive être fait que douze jours après la clôture des épreuves comme auparavant. C'est une amélioration, car ils auront ainsi un temps suffisant pour se livrer avec réflexion à la rédaction du seul travail qui reste de ces épreuves si diverses et qu'ils étaient obligés de faire au grand galop et à l'aide de confrères amis.

Écoles préparatoires. Par décrets du 10 et du 14 août, les

départements du Cher et de Loir-et-Cher sont réunis à la circonscription de l'École de Tours et celui de la Sarthe à celle d'Angers.

L'enseignement dans chacune de ces Écoles est fixé à 11 professeurs au moins dont le traitement est élevé au minimum de 2500 francs et celui des suppléants à 1000, comme celui des chefs de travaux anatomiques et cliniques nommés au concours. Le titre de professeur adjoint est supprimé.

Enseignement de l'anatomie pathologique à Lille. En acceptant l'offre qui lui était faite de la chaire d'anatomie pathologique, M. Coyne avait demandé le droit de faire les autopsies des services de cliniques, ce qui lui avait été accordé. Il comprenait très-bien qu'un cours purement théorique ne peut ni instruire complétement, ni intéresser; il savait que la démonstration et l'enseignement technique des autopsies constituent une partie essentielle de sa mission. Il était, en outre, convaincu qu'un professeur ne doit pas se borner à faire, seulement pendant la moitié de l'année scolaire, ses trois heures de leçons réglementaires par semaine; mais qu'en dehors de ces leçons et pendant toute l'année, il se doit, à lui-même et aux élèves, de continuer, à l'amphithéâtre d'autopsie de l'hôpital et au laboratoire, la démonstration pratique des matières de sa spécialité.

Pour remplir ce programme, M. Coyne, qui n'a pas de service de malades, vient à l'amphithéâtre d'autopsie de l'hôpital le matin; il fait lui-même devant les élèves, et il dicte les autopsies dont le procès-verbal est inscrit sur un registre spécial. Les résultats d'examens ultérieurs relatifs aux pièces de chaque autopsie sont aussi insérés en regard de l'autopsie, et le tout est à la disposition du professeur de clinique qui, en échange, remet une note concernant l'observation du malade.

Après l'autopsie, qui est accompagnée des commentaires les plus pratiques et les plus utiles pour les élèves qui y assistent, on met de côté les pièces qui nécessitent un examen histologique plus approfondi. Cette séance du matin dure plus ou moins suivant le nombre des autopsies.

Vers une heure de l'après-midi, le professeur revient au

laboratoire où il retrouve les pièces réservées par lui le matin; il donne à leur sujet des explications aux élèves qui suivent les exercices pratiques du laboratoire. Il est rare qu'une ou plusieurs préparations histologiques conservées ne servent pas alors à compléter ces explications. Les pièces d'autopsie sont distribuées aux élèves qui font des préparations sous la direction du professeur. Vers quatre heures, avant le départ des élèves, le professeur passe auprès de chacun d'eux, examine leurs préparations et dispose deux ou trois d'entre elles sous des microscopes sur une table spéciale placée près du tableau; il les explique, il en dessine des croquis au tableau, et les fait examiner aux assistants.

Cet enseignement a lieu tous les jours de l'année. Pendant le semestre d'hiver, dans ses leçons didactiques faites dans un amphithéâtre de la Faculté, le professeur s'efforce de rendre son cours le plus fructueux qu'il est possible en apportant et en montrant à la fin de sa leçon des pièces anatomiques fraîches et en les expliquant. (*Journal des connaiss. médic.*)

École de garde-malades et d'ambulancières. A l'exemple de l'Angleterre, de la Suisse, et des États-Unis, où des Écoles de ce genre existent depuis longtemps, le docteur Duchaussoy en a fondé une à Paris, à la mairie du VIe arrondissement, sous les auspices de la Société de médecine pratique. On ne peut que louer une entreprise aussi humanitaire et désirer son succès, car s'il est vrai qu'en France, la plupart des hôpitaux sont desservis par des religieuses de divers ordres qui ont une grande habitude de ce service et qui forment tous les jours, dans ces écoles véritablement pratiques, des élèves en grand nombre, il n'en est pas de même en ville où il est aussi rare que difficile de trouver une bonne garde-malade : intelligente, adroite, douce, soigneuse et attentive. Les infirmiers et infirmières des hôpitaux civils, aussi bien que les femmes attachées aux crèches, ne sont ordinairement que des aides ignorants, grossiers, maladroits et destinés aux plus gros travaux manuels. Si quelques communautés religieuses de femmes et d'hommes se destinent spécialement à ce service spécial de garde-malades, le nombre en est très-limité et, en raison

même de leur caractère et de leur habit, beaucoup de familles et de malades refusent de les appeler. De là l'utilité et la nécessité de former, d'instruire des femmes du monde, au difficile métier de garder et soigner les malades. C'est un aide indispensable au médecin.

Que peut-on demander, exiger d'une garde-malade ou d'une ambulancière, sinon d'être l'exécutrice fidèle, intelligente, des ordres, des règles prescrits par le médecin, son aide dans les pansements et dans les petits soins minutieux de propreté, d'hygiène, de bien-être à donner aux malades et aux blessés? Lever et coucher, habiller et déshabiller adroitement et doucement un malade, lui passer habilement une chemise, un gilet, une alèze, sans le refroidir, veiller à tous ses besoins naturels et le tenir proprement, bien aéré, ventilé, éclairé, lui administrer ponctuellement les médicaments et les aliments prescrits, savoir préparer les tisanes et boissons, cataplasmes et sinapismes, et appliquer une compresse, une bande, un vésicatoire, un emplâtre, des sangsues, panser les plaies légères et les blessures, onctionner, lotionner, frictionner et masser même, c'est-à-dire exécuter tout ce que le médecin peut ordonner et ne peut faire lui-même.

Où tout cela peut-il s'apprendre si ce n'est au lit des malades, c'est-à-dire dans un hôpital? Il ne suffit pas d'entendre dire comment cela se fait, il faut le voir faire d'abord et le répéter ensuite plusieurs fois. C'est un métier à apprendre comme celui de cuisinière. Aussi est-ce dans les hôpitaux que se sont formées ces écoles aux États-Unis. La première, *the Philadelphia nurse Society*, fut fondée en 1852 à la Maternité, sous la direction du docteur J. Warrington, et avait pour objet principal d'apprendre à garder les femmes en couches. En 1872, les administrateurs de *Woman's hospital* ont fondé une autre école de gardes, pour tous les malades, en instituant des cours, et, pour donner une instruction plus solide et pratique à bien des élèves, ils ont pris récemment des arrangements pour les faire admettre dans les salles d'un grand hôpital de Blockley.

Les quatre écoles semblables qui existent, dont deux à New-York, une à Boston et l'autre à New-Haven, sont également adjointes à d'autres hôpitaux. Une sixième est en voie de fondation à Baltimore, à l'hôpital Hopkins. Il y a

bien d'autres institutions d'un caractère religieux, soit pour former des diaconesses ou des lectrices, mais toutes, comme celle de l'évêque Potter, *Memorialhouse*, agrégée à l'hôpital épiscopal de Philadelphie, sont attachées à des hôpitaux particuliers. C'est leur caractère distinctif. Autrement, elles le perdent et n'ont pas le grand avantage de l'observation, d'une discipline régulière et le service de médecins et de chirurgiens habiles et distingués. Ce service hospitalier qui est comme le stage obligé de ces garde-malades, en développant leur activité, leur zèle et toutes leurs aptitudes, leur imprime un caractère et une habileté que l'on ne peut espérer autrement. Chaque hôpital, dit le docteur Packard dans son discours sur l'instruction des garde-malades, — *On the training of nurses for the sick* — prononcé à la réunion annuelle de l'Association de la science sociale en mai 1876, et dont nous extrayons ces détails intéressants, chaque hôpital devrait devenir ainsi une école ordinaire de *nurses*. Cela leur donnerait un nouveau droit à la générosité du public en fournissant aussi une source continuelle de gardes instruites pour les malades dans leurs familles particulières.

Ces écoles sont fondées par des associations volontaires dont la commission permanente s'entend avec un hôpital libre pour envoyer ses élèves. A New-York, elle fait partie de l'Association pour aider les charités de l'État. Un comité de sept dames visiteuses inspecte le service de ces élèves à l'hôpital de Bellevue et les autres hôpitaux publics. A Boston, ils sont sous le contrôle d'un comité de directrices nommé par la Société pour l'éducation des femmes. Le devoir de ces commissaires, pour choisir ces élèves et inspecter leurs travaux, est beaucoup mieux rempli que par les administrateurs de l'hôpital.

L'âge de l'admission varie suivant les lieux. Fixé de 20 à 30 et 35 ici, il s'étend de 21 à 45 ailleurs. Celui de 25 à 45 semble le mieux choisi pour la solidité de la constitution et la maturité du jugement. Mais le temps de l'apprentissage, fixé de un an à deux, doit en être distrait. On ne saurait exiger moins de ceux qui sont appelés à contribuer au confort des malades et souvent à leur guérison.

Voici le programme des soins dont sont chargées ces élèves : éclairage, ventilation, température, propreté et soin

de la salle, changement du linge de lit et de corps, maniement des malades, observation du silence et administration des médicaments, évacuation des excrétions et leur transport, leur désinfection; préparation et administration des aliments. Chez les blessés et les opérés, la préparation des appareils et des pansements pour le moment de la visite. Et surtout la fonction la plus importante d'observer le malade et de donner au médecin de clairs et fidèles renseignements sur ce qui s'est passé entre ses visites. (*Boston med. and surg. journ.* 16 novembre.)

Comment enseigner et apprendre tous ces détails pratiques sans un séjour constant au lit du malade? On peut donc s'étonner que l'École de Paris n'ait pas été fondée sur cette base du séjour dans un hôpital ou un dispensaire, une infirmerie, sinon une consultation gratuite. Au contraire, des cours sont seulement institués. Ce n'est pas qu'ils manquent, vingt professeurs sont nommés à cet effet. Voici le programme de leur enseignement : soins à donner aux femmes en couches, aux enfants nouveau-nés, aux vieillards, dans la folie et la paralysie ; soins généraux aux malades et premiers soins aux blessés. Notions générales de médecine et d'hygiène, petite chirurgie, bandages, appareils. Pharmacie ; anatomie et physiologie. Friction, massages, notions d'hydrothérapie. On dit bien que des interrogations et des exercices pratiques auront lieu après chaque leçon, mais comment?

Ce programme paraît fait plutôt pour des femmes savantes que pour de simples garde-malades et des ambulancières. N'y a-t-il pas dans chaque ambulance au moins un élève interne chargé spécialement de donner les premiers soins aux blessés? Si un cours de bandages, de déligation peut être utile, c'est surtout au lit du blessé qu'on peut en faire utilement la démonstration. Le mannequin ne donne que que des notions insuffisantes et il n'est tel que de les faire sur le vivant pour ne pas trop serrer et éviter la douleur. A quoi bon ces notions d'anatomie, de physiologie, de médecine et même d'hygiène? Pour tenir l'air d'une chambre pur, une garde n'a pas besoin de savoir ce qu'est l'ozone, ni la théorie des germes ambiants de l'air atmosphérique. Commencer son instruction par des leçons de chimie, c'est une grosse méprise. Cette forme d'instructions n'est profi-

table qu'à ceux qui ont déjà des connaissances acquises. Il est ainsi des écoles de *nurses* en Amérique où l'on fait des cours sur l'œil et l'ophthalmoscope, sur les poisons et leurs antidotes, l'examen des urines, l'infection purulente, le traitement des fractures; l'anatomie et la physiologie font aussi partie des cours dans les Écoles anglaises. C'est là une grande erreur. Plus tard, quand les devoirs au lit du malade sont devenus familiers, il peut être utile d'en déduire les principes d'une manière simple et claire, mais jamais avant. Ce n'est pas des femmes savantes qu'il faut pour garder des malades, faisant leurs théories ou répétant celles qu'elles ont apprises, ce sont des femmes pratiques, sachant comprendre le médecin et surtout lui obéir.

M. Dechambre augure aussi mal de ce programme et craint qu'il ne nuise au succès de l'institution. Des gardes malades *instruites*, c'est bien, dit-il, mais instruites strictement dans l'ordre des soins qu'il y a lieu de leur demander. Dieu nous préserve de ces garde-malades entendues qui ont une opinion en médecine et des partis pris sur les mesures d'hygiène! Il n'y en a déjà que trop et l'on ne pourra redresser assez leurs idées pour les empêcher d'être insupportables.

Suivant lui, la meilleure école de garde-malades serait une école mutuelle où les plus expérimentés, ceux qui peuvent passer pour des modèles, hommes et femmes, dont il serait aisé de réunir un certain nombre, instruiraient les novices sous la direction d'un ou de deux médecins. C'est ainsi que se fait l'instruction des garde-malades religieuses, toujours au lit du malade ou à l'hôpital bien entendu. (*Gaz. hebd.* n° 16.)

Dans l'espoir que des arrangements subséquents pourront rendre cette école plus pratique et lui donner son véritable caractère, nous annonçons que les cours actuels en sont gratuits. Il ne s'agit que de se faire enregistrer pour les suivre, en s'adressant à M. Duchaussoy, directeur, rue des Beaux-Arts, 8. Les examens pour l'obtention du diplôme seront seuls passibles d'un droit de vingt francs. Il en coûte au contraire 200 dollars par an, soit 1000 francs, dans les écoles pratiques des États-Unis.

Une nouvelle école de *Nurses* a été inaugurée le 1er mai à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, sous les auspices

du trésorier et des administrateurs de cet hôpital. Le discours d'inauguration a été prononcé par le docteur Duckwort, chargé de l'instruction théorique et pratique des élèves avec M. A. Villett.

ÉPANCHEMENTS. *Cautères.* Au lieu des vésicatoires répétés, généralement en usage contre les épanchements pleurétiques, le docteur Godleski emploie des fonticules avec la potasse caustique ou la pâte de Vienne, qu'il applique au nombre de 6 à 12 sur le siége de l'épanchement. Dans plus de 60 cas, dit-il, qu'il a employé ce traitement, depuis huit ans, il n'a pas eu d'insuccès et croit avoir ainsi prévenu la thoracentèse dans plusieurs cas.

Ce traitement est extrêmement actif, car 10 à 12 fonticules appliqués simultanément ne sont pas sans causer des douleurs atroces et une réaction considérable, surtout avec la potasse caustique. Nul doute que les malades ne préfèrent les vésicatoires successifs. Le médecin est d'ailleurs obligé de revenir pour les lever après les avoir posés. C'est un inconvénient.

L'épanchement diminue dès le premier jour de l'application, l'oppression est moindre et, cinq à six semaines après, le malade est guéri. Ce n'est pas là un miracle ; on obtient des guérisons plus rapides avec les vésicatoires, dans la majorité des cas.

Pour tout le reste, le médecin polonais suit les indications en appliquant au début des sangsues et des vésicatoires dans les cas très-aigus et les diurétiques à la fin. L'usage de ces cautères doit donc être réservé aux épanchements rebelles aux autres moyens.

Immobilisation. Elle consiste à enserrer l'un ou l'autre côté du thorax, sinon tous les deux à la fois, dans une espèce de carapace formée avec des bandes de diachylum imbriquées de bas en haut, du sternum à la colonne vertébrale. Les mouvements respiratoires sont ainsi limités, ce qui constitue une véritable diète pulmonaire dans les affections inflammatoires du poumon et de la plèvre. La phthisie et la pleurésie, au début, ont été traitées de la sorte avec succès (*V. année* 1874). La compression intermittente avec la main largement ouverte, appuyée sur le côté sain, a

même été employée par le professeur Concato contre les épanchements du côté opposé. (*V. année* 1875.)

M. Perroud a employé la même méthode un certain nombre de fois dans la névralgie costale, quand la douleur domine, dans la pleurodynie, dans la pneumonie au début et surtout dans la pleurésie. Chez une dizaine d'enfants atteints d'épanchements pleurétiques datant de quatre à six jours, avec quantité modérée de liquide, la guérison a été rapide, en trois à quatre jours le liquide était résorbé. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, août.)

Dans la discussion qui a suivi sur le mode d'action de cette cuirasse de diachylum, les uns ont opiné pour une irritation cutanée, une révulsion, comme le collodion, le taffetas ciré, la ouate, la compression et l'immobilisation ne paraissant pas devoir produire la résorption ; tandis que M. Perroud se demande, au contraire, si ce n'est pas en immobilisant le thorax par la douleur que les vésicatoires agissent. Il nous semble que c'est par ces deux modes d'action à la fois et qu'un bandage méthodique bien serré avec une bande de caoutchouc ferait le même effet. La cuirasse de diachylum convient particulièrement quand un seul côté du thorax est pris ou une portion surtout. On peut ainsi l'enserrer étroitement. (*Lyon méd.*, n° 45.)

Épanchement du péricarde. Son extrême abondance, en dilatant le péricarde outre mesure, en refoulant le poumon gauche et en l'aplatissant, peut simuler, par la matité et le défaut de respiration, un épanchement pleurétique. Un exemple très-remarquable en a été observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Gignoux. C'était un jeune homme de 18 ans, atteint d'un rhumatisme généralisé, sur lequel l'acide salicylique à la dose de 5 grammes était resté sans action. Les symptômes s'amendaient lorsque, dix jours après l'entrée, la dyspnée et un bruit de frottement indiquent une péricardite. La matité précordiale est peu étendue au-delà de ses limites naturelles. Absence totale de murmure vésiculaire, souffle bronchique très-évident et matité dans la moitié inférieure et latérale du poumon gauche avec sonorité normale en haut. Le point de côté manquait seul pour faire admettre la pleurésie, mais les bruits distincts et bien marqués du cœur ne pouvaient

mettre sur la trace de la vérité, malgré un pouls petit et dépressible.

La grande débilitation de ce malade lui permet de supporter un érysipèle facial intercurrent et son état thoracique persistait lorsqu'on le fait monter au quatrième étage. Dès lors l'oppression augmente, il lutte avec l'asphyxie, et, malgré tous les soins, il succombe quatre jours après.

L'enlèvement de la paroi thoracique antérieure montre une distension énorme du péricarde dont la surface convexe est de 16 centimètres et s'étendant de la fourchette sternale à l'appendice xyphoïde et du bord droit du sternum à l'angle des côtes. Il couvre complétement le poumon gauche, atélectasié et complétement refoulé contre la colonne vertébrale, et repose sur le centre aponévrotique et toute la portion gauche du diaphragme. La plèvre gauche ne contient pas plus de sérosité et n'est pas plus vascularisée que le poumon correspondant.

La circonférence transversale de cette énorme poche péricardique, dont la paroi épaissit jusqu'à un centimètre, mesure 48 centimètres et contient 600 grammes d'un liquide purulent épais. Elle a tous les caractères anatomiques d'une inflammation fibrineuse. Le cœur est allongé verticalement et l'endocarde est fortement injecté avec des lésions valvulaires. (*Lyon méd.* n° 33.)

Les faits de ce genre ne sont pas très-rares, selon M. Tripier. En 1862, on diagnostiqua une pleurésie, chez une femme placée dans le service de M. Rambaud, et l'autopsie montra également une péricardite avec épanchement énorme. Comme signes différentiels, il signale le retentissement exagéré de la voix en arrière, indiquant le refoulement du poumon, et le niveau de la matité ou ses courbes pour éclairer le diagnostic. (*Soc. des sc. méd.* mai.)

Que serait-il arrivé si, le péricarde occupant ainsi le segment inférieur du thorax, la thoracentèse eût été pratiquée? Le cœur, étant suspendu au sommet du péricarde par une adhérence, n'eût probablement pas été touché. Mais on eût infailliblement traversé le poumon et, en vidant le péricarde, on eût cru à une pleurésie purulente. Que de causes d'erreur et de fausses interprétations !

Ponction. Sur 41 cas authentiques, collectés et analysés par

le docteur Roberts, il y a 19 guérisons, dont 3 obtenues à la suite de péricardite rhumatismale, et 21 décès, l'issue d'un cas étant restée incertaine. En admettant celui-ci comme fatal, c'est donc 22 décès contre 19 guérisons, soit une mortalité de 53, 65 pour 100, c'est-à-dire à peu près la même proportion que la dernière statistique de M. Roger sur cette grave opération. Sur les 14 cas qu'il a collectés dans son rapport à l'Académie de médecine, il y a 6 guérisons contre 8 décès, soit 57, 14 de mortalité pour 100. (*Unio méd.* janvier 1876.)

Mais l'auteur américain compte tout autrement. Sur les 22 décès, 17 ayant été trouvés causés par des maladies concomitantes et souvent incurables, il les retranche de la mortalité de la ponction et ne considère comme tels que les 5 cas de mort rencontrés sans complications. Il les divise avec le total des 41 cas, et trouve ainsi une proportion de 12, 19 pour 100, qu'il regarde comme celle de la paracentèse du péricarde.

Il procède autrement pour les 27 cas de paracentèse opérés depuis 1850. Sur les 16 décès constatés, la mort paraissant avoir été causée dans 13 par des maladies concomitantes, il les retranche et ne tient compte que des 3 cas de mort causés par la péricardite seule. Mais cette fois, au lieu d'en chercher la proportion sur le total des 27 cas, il ne les réunit qu'avec les 11 cas de guérison, dont deux phthisiques, et trouve ainsi une mortalité de 21, 43 pour la paracentèse du cœur, qu'il proclame la même que celle des autres procédés opératoires considérés comme parfaitement justifiés. Elle eût encore été moindre en s'en tenant aux premiers chiffres de 5 morts sans complications et les 19 guérisons. C'est 20, 83 pour 100 de mortalité seulement.

Mais ces calculs sont purement fantaisistes. De même que deux guéris de la ponction étaient phthisiques, comment savoir si la ponction du péricarde n'a pas été la cause déterminante des complications mortelles? Rien ne le montre mieux que la date même de la mort. Sur 17 cas, où elle est indiquée, elle survint seulement 4 fois moins d'un jour après la ponction, la moyenne dans les 13 autres cas est de 34 à 35 jours. La survie s'étendit même à 160 jours dans un cas. Cela montre simplement que la paracentèse du péri-

carde entraîne souvent de graves complications et la mort dans plus de la moitié des cas. C'est donc une opération des plus graves. (*New-York med. journal*, décembre 1876.)

ÉPILEPSIE. *Asymétrie fronto-faciale.* Dans une communication orale faite à l'Académie de médecine, M. Lasègue a tracé les caractères distinctifs de cette maladie en traits nouveaux pour la plupart des médecins. Aussi veut-il que l'on en sépare avec soin tous les accès éclamptiques, hystériques ou plutôt épileptiformes, toujours symptomatiques d'autres maladies ou d'intoxications, comme l'alcoolisme, la syphilis, l'hystérie ou d'autres lésions des centres nerveux. Toutes ces crises, ces accès, ont une durée variable qui échappe à toute prévision, ce qui les différencie avec le type, l'étalon de l'épilepsie vraie dont l'accès a une durée uniforme, limitée depuis le début instantané à la période soporeuse.

L'épilepsie acquise survenant après un traumatisme du crâne : coup, chute, contusion ou choc avec enfoncement des os, se rapproche seule de l'épilepsie vraie par l'identité et la persistance des accès. La cause étant de même organique, matérielle, la maladie persiste si l'art est impuissant à la supprimer comme dans celle-ci.

Unique dans son genre et différente des autres maladies par son évolution, l'épilepsie vraie débute comme elle finit, sa première attaque équivaut à la dernière et il est impossible, au meilleur observateur, de dire s'il assiste au premier ou au centième accès. Le premier est aussi soudain que les suivants et ceux-ci éclatent de même au milieu de la santé la plus florissante, sans prodrômes ni avertissement. L'histoire des *aura* est pleine d'exagération et ne se rapporte jamais qu'aux pseudo-épilepsies, aux accès épileptiformes.

Dans son uniformité symptomatique, elle n'est même pas progressive par le rapprochement des attaques. Aussi le médecin ne songe-t-il pas à en mesurer l'intensité, tant il est convaincu d'avance de leur monotone fatalité. Qui a vu un accès d'épilepsie franche, les verra tous de même, durant tout son cours, sans la moindre différence.

Le tempérament, la constitution du malade, son état diathésique même, qu'il soit anémique ou scrofuleux, n'y font rien et le sexe même ne compte pas. Elle ne grandit ni ne

se rapetisse; immuable, elle reste semblable à elle-même du commencement à la fin. Les symptômes nouveaux qui s'ajoutent à cet accès, comme le délire, l'imbécillité, l'idiotie, la folie, la paralysie sont des complications cérébrales, indépendantes de la maladie. De là sa distinction avec toutes les maladies épileptiformes qui s'accroissent et finissent avec la cause qui les produit.

L'épilepsie a le privilége de se soustraire à l'hérédité qu'elle semblerait devoir subir fatalement à titre de maladie nerveuse. Les épileptiques ne sont pas engendrés nécessairement par des épileptiques. Les statistiques prouvent que cet engendrement direct est l'exception. Aussi n'est-il consacré par aucun dicton populaire ni un aphorisme médical. Elle se rapproche à cet égard de la surdi-mutité par vice de conformation. Les épileptiques naissent en général de parents atteints d'autres maladies nerveuses ou ayant subi la dégénérescence organique, comme ils en procréent, en engendrent eux-mêmes. On ne peut pas dire à père épileptique, fils épileptique; il en pourra naître un enfant irréprochable, idiot, infirme ou aliéné prédestiné. Il n'y a donc pas d'hérédité épileptique directe, fatale, absolue. Elle s'observe sans doute, mais n'est pas la règle.

Implacable, l'épilepsie ne guérit jamais. C'est son plus triste caractère d'opposer une résistance obstinée à tous les moyens de traitement. Une fois qu'elle s'est installée et a donné sa note fondamentale de l'accès, elle s'immobilise invinciblement, aussi bien dans son incurabilité que dans ses symptômes et sa marche. Ceux qui guérissent ne sont pas des épileptiques vrais. Une des conquêtes de la thérapeutique contemporaine est d'en retarder ou d'en suspendre les attaques, mais c'est tout.

La raison de ces différences du cadre pathologique ordinaire, c'est que l'épilepsie n'est pas une maladie, mais une infirmité tenant à un vice de conformation cérébrale reconnaissable pendant la vie. Elle débute ainsi lors de la consolidation osseuse du crâne, c'est-à-dire de 10 à 18 ans, période flottante et qui n'a rien d'absolument défini. On en est ainsi absolument exempt à 20 ans, à moins qu'un traumatisme ultérieur du crâne ne vienne en changer les dispositions.

C'est en effet de 10 à 18 ans que les sutures si multiples

de la base du crâne se consolident en masse ou par portions et c'est aussi à cette période que l'épilepsie idiopathique apparaît. Si les conformations vicieuses des pariétaux, de l'occipital et de la voûte, profitent des compensations pour en diminuer ou annuler les effets fâcheux, il n'en est pas de même de ceux de la base et de la face. Groupés autour des segments antérieurs du trou occipital et solidaires les uns des autres, ils subissent, même à distance, le contre-coup de leurs variations de forme.

Cette consolidation incorrecte s'accuse par une asymétrie fronto-faciale consistant en une saillie globuleuse plus ou moins notable d'une des moitiés du frontal, le plus souvent à droite dans la région sus-orbitaire, parfois au niveau de la suture avec le pariétal. On la constate, par le toucher, en appliquant simultanément les deux mains sur le front du malade, et, par la vue, en renversant la tête en arrière, de manière que la partie moyenne du frontal se dessine comme ligne d'horizon.

Cette déformation est douteuse si elle ne retentit sur la face par des déviations apparentes des orbites ou des os molaires. Une asymétrie évidente en résulte ainsi par la saillie d'un côté, correspondant à une dépression de l'autre.

L'inspection de la voûte palatine fournit encore un complément d'information indispensable. L'arête de la ligne médiane est plus ou moins oblique et les deux côtés n'affectent pas la même courbure. Dans certains cas même, le plan imaginaire passant au centre des apophyses mastoïdes est aussi oblique, mais il est si délicat de l'apprécier, le mesurer par le toucher, que l'on ne peut guère s'en tenir à ce signe.

Ces asymétries plus ou moins apparentes répondent à deux types. Celle de la face est parfois opposée à celle du frontal, la saillie frontale droite répond à une saillie molaire gauche; dans l'autre, elle se dessine du même côté. Elles sont parfois rendues plus visibles par les parties molles qui se contractent inégalemet. De là certaines difficultés de la mastication, une gêne et un désarroi de la physionomie, une sorte de strabisme de la face.

Des observateurs compétents avaient constaté, il y a longtemps, que la déformation du trou occipital joue un rôle dans la genèse de l'épilepsie. Il ne faut donc pas se borner

à la reconnaître par les phénomènes nerveux. Il faut en étudier le substratum et la conformation des os de la base du crâne en particulier, non-seulement après la mort, mais pendant la vie. De même que, en zoologie, les caractères de classification doivent être évidents, ceux-ci sont d'une facile constatation. Le tout est de les chercher et d'acquérir, par l'expérience, la technique de ce mode d'investigation. (*Acad. de méd.* mai et *Archiv. de méd.* juillet.)

Cette asymétrie du crâne et de la face a été souvent observée chez les aliénés, sans que la fréquence en ait été signalée chez les épileptiques en particulier, comme la remarque en a été faite par M. Luys à la *Société médicale des hôpitaux.*

Sur 1300 aliénés de l'asile *West riding*, MM. Claphaus et Clarke ayant mesuré le crâne avec le conformateur des chapeliers, ne l'ont pas trouvé plus asymétrique que chez les gens sains, mais ont constaté un type particulier assez rare chez eux, consistant en ce que le plus grand diamètre transverse coupe dans son tiers antérieur le diamètre antéro-postérieur.

Ils ont aussi constaté fréquemment une prédominance du côté gauche du crâne surtout dans l'épilepsie. Or, on sait que, suivant M. Hughlings Jackson, les convulsions sont sous la dépendance de l'hémisphère gauche. L'exercice de la main droite est aussi en relation évidente avec cette prédominance du crâne à gauche. Chez les épileptiques, l'arc antéro-postérieur l'emporte. (*The west riding lunatic asylum reports*, vol. VI, 1876.)

Action du brôme. Sur 33 épileptiques, plus ou moins désespérés, traités à l'asile Pforzheim avec le bromure de potassium, à la dose fractionnée de 10, 12 et 16 grammes par jour, le docteur Otto a obtenu des succès surprenants. Chez les trois quarts des malades, les accès ont complétement disparu et diminué chez les autres.

Mais ce n'est pas là le point le plus curieux. Pour juger quel est l'agent actif de ce sel, l'auteur a donné comparativement le bromure de sodium et le chlorure de potassium. Or le premier a agi plus énergiquement que le bromure de potassium, tandis que le second n'a rien produit. Et pour démontrer que le brôme est le seul principe actif, l'auteur a employé l'acide bromhydrique seul et ses effets ont été

identiques à ceux du brômure de potassium. (*Arch. f. psych.* 1876 et *Ann. méd. psychol.* mars.)

Ces résultats merveilleux ne se produisent que dans les mains des Allemands et auraient besoin d'être contrôlés ailleurs pour savoir à quoi s'en tenir sur leur réalité.

Bromure d'arsenic. Employé par le docteur Clemens de Francfort sous la forme suivante :

℞ Acide arsénieux....................	àâ 3	grammes.
Carbonate de potasse..............		
Brôme	6	—
Eau............................	500	—

Mélez.

2 à 4 gouttes par jour de cette solution, introduite dans la pharmacopée allemande sous le nom de *liqueur arsenicale bromurée de Clemens*, remplace avantageusement la liqueur de Fowler, et n'a pas besoin d'être augmentée. Employée depuis vingt ans contre les maladies nerveuses, notamment l'épilepsie, elle a donné d'excellents résultats à son auteur. (*Central Zeitung*, nº 42, 1876.)

Sel de cuisine contre les accès. On sait que de fortes excitations périphériques ont parfois arrêté, prévenu un accès. Brown-Séquard parvenait à ce but chez ses cochons d'Inde épileptiques en leur tournant brusquement la tête du côté opposé à la lésion de la moelle ou en pinçant fortement la peau de la zone épileptogène. De fortes constrictions sur les membres, l'extension des doigts au début des convulsions, les ont parfois arrêtées.

C'est en avalant une poignée de sel gris qu'une ouvrière de 37 ans, épileptique depuis 19 ans, observée par le prof. Nothnagel, avec de grands accès tous les trois mois environ, précédés régulièrement d'une constriction particulière à l'épigastre, sorte d'aura se manifestant quinze à trente minutes avant chaque accès, est parvenue à les faire avorter. Une bonne femme lui ayant indiqué ce moyen, elle réussit, en avalant cette poignée de sel avec une gorgée d'eau, à enrayer ces accès. Une sensation de brûlure s'ensuivait dans l'œsophage et le mal redescendait aussitôt au lieu de monter et les convulsions, la perte de connaissance, les morsures de

la langue ne survenaient pas. Le sel lui manquait-il lorsqu'elle était à l'église, l'accès suivait au contraire son évolution. (*Berl. klin. Woch.* n° 41, 1876.)

N'est-ce pas en raison du siége spécial de cette aura que ce moyen singulier réussirait. C'est aux faits ultérieurs à en décider.

Épilepsie discrasique. *Déplétion sanguine.* Provoquée par l'état anormal du sang, qu'il soit trop riche ou trop pauvre, cette variété d'accès épileptiformes doit être soigneusement distinguée des autres pour y opposer le régime qui, en outre des médicaments communs et spéciaux, contribue puissamment à en diminuer la durée. Hughlings Jackson préconise ainsi le régime amylacé. Et des expériences faites à ce sujet par le docteur Merson, il résulte en effet que les accès ont été moins fréquents sous l'influence de ce régime qu'avec un régime azoté. 24 épileptiques d'un asile, divisés en deux séries, ont été soumis alternativement, pendant quatre semaines consécutives, à ces deux régimes opposés. Le premier contenait 31 gr. 5 d'azote par jour, tandis que le second n'en renfermait que 11 gr. 6 avec les substances hydrocarbonées et la graisse en plus. Or le résultat a été une moindre fréquence des accès pendant l'usage du régime amylacé. De 192 dans la première série et de 195 dans la seconde, ils se sont élevés à 248 et à 216 pendant l'usage du régime azoté; soit 387 contre 464. M. Merson a constaté, en outre, que l'état mental de ces malades était beaucoup moins satisfaisant pendant la période azotée. Ils étaient lourds et comme stupides et se trouvaient toujours mal du passage intermédiaire et subit du régime amylacé au régime azoté. Les accès ont été ainsi plus nombreux dans la cinquième semaine et se sont élevés de 56 à 79 en passant de celui-là à celui-ci, tandis qu'ils tombaient subitement de 85 à 49 en passant au contraire de celui-ci à celui-là. (*West riding lunatic asylum rep.* 1875.)

M. Lépine a confirmé cliniquement cette influence du régime amylacé dans le cas suivant. Un garçon boucher de 23 ans mangeait beaucoup de viande, « à discrétion », buvait largement et faisait des excès vénériens. Bâti en hercule, il a la face colorée, le pouls large et fort. Depuis trois ans, il a des attaques nocturnes qui se répètent jusqu'à cinq fois.

Admis dans plusieurs hôpitaux où il a été traité à diverses reprises par le bromure de potassium à haute dose, il n'en a jamais éprouvé qu'une diminution, sinon une suspension des attaques pendant quelques nuits. Entré à l'hôpital temporaire le 27 février, il est mis en surveillance et soumis bientôt à l'usage du bromure, 8 grammes par jour, avec un gramme de teinture de digitale élevée graduellement à deux en huit jours. Les attaques diminuent de moitié, mais le pouls devient lent, intermittent, avec angoisse précordiale et faiblesse, ce qui oblige à supprimer la digitale. La numération des globules, faite le 14 mars, donne 6,500,000 globules normaux. Saignée de 300 grammes, 2 litres de lait avec pain, légumes farineux, sans vin ni potage.

Les attaques augmentant, nouvelle saignée de 400 grammes le 18 et reprise de la digitale à 2 grammes jusqu'au 22 et ainsi de suite, de quatre en quatre jours environ, jusqu'au 15 avril. 5 saignées sont aussi faites jusqu'au 13 avril et l'on constate, par l'examen du sang, que les globules diminuent graduellement de volume et de nombre au point de n'être plus que de 4,140,000 à la fin d'avril.

Les accès nocturnes qui avaient cessé depuis le 25 avril ayant reparu le 7 mai, coïncidemment avec la suppression du bromure de potassium, une sixième saignée de 450 grammes est faite et le bromure est rendu à 10 grammes. Dès lors toute attaque cesse jusqu'au 25 juin que le malade sort de l'hôpital. L'effet de ce traitement est donc évident, puisque la diminution des accès a coïncidé avec la diminution du sang et de ses globules. Si la digitale, indiquée par le docteur Sturges, a eu de l'action, quoique la diurèse ait été nulle, les saignées répétées et un régime débilitant pendant 100 jours consécutifs ont eu un effet bien plus certain. On pourra donc recourir à ce traitement chez les épileptiques sanguins, avec d'autant plus de succès qu'en diminuant la masse du sang et le nombre de ses globules, il rendra le système nerveux plus sensible au bromure de potassium. (*Soc. de biol.* juin.)

Son effet a été plus manifeste chez un malade grand, fort, vigoureux, rouge, pesant 180, buvant beaucoup et mangeant encore davantage. Il s'aperçoit, à 33 ans environ, qu'il a le sommeil lourd et de la tendance à dormir dès qu'il a mangé. Une nuit, il est pris d'une effroyable attaque d'épi-

lepsie. 3 heures après le début, il est encore sans connaissance, le cou gonflé, la face livide, la langue mâchée, le pouls dur, vibrant. Le docteur Gibert (du Havre) pratique une saignée abondante qui fait immédiatement cesser les accidents. N'ayant pas tenu compte de la défense qui avait été faite de l'alcool et du vin, remplacé par le lait avec diminution du pain, il est pris d'une seconde attaque nocturne huit jours après. Application de 30 sangsues à l'anus.

C'est alors seulement que le malade modifie son régime selon l'ordonnance. 20 sangsues à l'anus sont prescrites dès que le sommeil deviendra mauvais. Les attaques reparaissent en effet en négligeant cette prescription. On les applique dès lors tous les 20 à 30 jours, ce qui provoqua un flux hémorrhoïdal mensuel qui, en en tenant lieu, prévint toute attaque pendant plusieurs années.

Engagé en 1870 et emmené en captivité, il revint dans un état de maigreur qui le fit reprendre son régime substantiel d'autrefois. Mais, dès qu'il eut repris son embonpoint, une nouvelle attaque en 1871 l'avertit de recourir aux émissions sanguines et de changer son régime, ce qu'il fait depuis avec un succès complet.

Un régime trop abondant et succulent suffit ainsi à provoquer des crises épileptiformes, de même que l'anémie, la chlorose, causée par un régime insuffisant ou des conditions déprimantes. Dans ce cas, on peut combattre aussi efficacement le mal par un régime tonique, azoté, reconstituant, selon M. Lépine, que par un régime amylacé, débilitant, dans le cas contraire. (*Revue mensuelle de méd. et chirurgie*, août.)

ÉPITHÉLIOMA. Épithélioma térébrant du maxillaire supérieur. M. Verneuil en fait une variété spéciale en raison de sa gravité. Il débute ordinairement par des douleurs que l'on croit névralgiques ou dues à la carie dentaire. Mais la chute rapide des dents, le bourgeonnement fongueux du rebord alvéolaire et du périoste alvéolo-dentaire, avec écoulement d'un pus sanieux et fétide, éclaire bientôt sur la gravité de l'affection. L'exploration avec le stylet la confirme. Il pénètre sans obstacle dans ces bourgeons, jusqu'à 2 et 4 centimètres, sans rencontrer de surface osseuse dénudée; partout elle est fongueuse et bourgeonnante.

La douleur, l'écoulement fétide et ichoreux, la vascularité

peuvent donc mettre sur la voie du diagnostic. Ces épithéliomas sont surtout caractérisés par une cavité spacieuse, tapissée de bourgeons exubérants et leur marche rapide. L'envahissement rapide des ganglions et les récidives qui surviennent aussitôt après l'ablation assignent à cette variété une gravité exceptionnelle, comme deux observations en témoignent ; le sujet de la seconde est ainsi morte six mois après le début de sa maladie.

On n'est pas d'accord sur le point de départ de ces tumeurs. M. Verneuil les fait provenir des kystes appendus aux racines dentaires et M. Magitôt du décollement du périoste. (*Progrès méd.* 1876.)

Épithélioma de la langue. *Ablation par la ligature élastique.* Le danger de l'hémorrhagie, primitive ou secondaire, par l'excision avec l'instrument tranchant, a fait recourir à bien des tentatives pour l'éviter. La ligature, l'écraseur linéaire et le galvano-cautère ont été tour à tour employés, sans obvier toujours à ce grave danger. La ligature préalable de l'artère linguale est d'ailleurs trop difficile et trop grave pour y recourir usuellement.

Guidé par l'emploi qui a été fait en Autriche et en Angleterre de la ligature élastique à l'ablation de tumeurs, le docteur Delens l'a employée dans quatre cas à l'hôpital de la Charité, suivant un procédé différent de ce qui avait été fait avant lui par d'autres chirurgiens français. Letenneur, qui l'avait employée sur deux cancroïdes de la langue, en avait obtenu de très-bons résultats ainsi que M. Després. Après avoir placé deux épingles en croix au-dessous d'un épithélioma de la langue, il en étreignit la base avec un fil élastique, et, au septième jour, la masse sphacélée se détacha. Ce procédé simple et facile n'est malheureusement applicable qu'aux tumeurs superficielles et siégeant vers la pointe de la langue. (Voy. *année* 1875.)

C'est précisément conduit par ces nécessités de siége, que M. Périer plaça cette ligature par la région sushyoïdienne qui oblige à la resserrer à plusieurs reprises.

La ligature intra-buccale à l'aide d'anses élastiques, dont la tension est portée d'emblée à son maximum toutes les fois que le mal siége sur la langue même, paraît préférable à M. Delens. Voici comment il procède.

Deux grandes aiguilles courbes en acier trempé, bien aiguisées, et une pince à anneaux, à point d'arrêt, un peu forte, suffisent, excepté quand la tumeur siége à la base de la langue. Un écarteur des mâchoires est alors nécessaire. Un bouchon de liége ou une petite attelle en bois peuvent servir à cet effet.

Le patient reste assis s'il ne doit pas être chloroformé, et l'on peut s'en dispenser si la tumeur est à la pointe ou sur la moitié antérieure de la langue, et l'opération est ainsi beaucoup facilitée.

Chloroformé, le patient reste couché. On attire la langue avec un ténaculum implanté à un travers de doigt en arrière de la pointe sur la ligne médiane. Un triple fil de soie ou de chanvre passé avec une aiguille est plus commode pour exercer une traction très-énergique.

Le fil de caoutchouc étant choisi et essayé pour sa grosseur et sa résistance, on l'enfile à une aiguille jusqu'à la partie moyenne, soit 30 centimètres environ. Et saisissant l'aiguille avec la pince, on en engage la pointe sur la partie latérale gauche et inférieure de la langue plus ou moins en arrière du frein, suivant le siége de la tumeur, et on la fait sortir sur un point symétrique du côté opposé.

L'aiguille étant complétement dégagée en entraînant le fil double, on en divise l'anse près du chas pour la retirer et l'on a ainsi deux fils placés transversalement sous la langue. Les extrémités correspondantes en étant reconnues, on en lie deux sur le dos de la langue et les deux autres sur le frein. On a ainsi deux anses, l'une horizontale et l'autre verticale, qui, étant serrées, isolent complétement la partie antérieure de la langue et la tumeur qui s'y trouve située et en assurent ainsi la mortification.

La manœuvre est absolument la même quand la tumeur siége à la base de la langue, mais elle est beaucoup plus difficile. Le passage de l'aiguille doit se rapprocher des insertions de l'os hyoïde et son dégagement avec la pince peut offrir de sérieuses difficultés.

Quand la tumeur occupe les parties latérales de la langue, il s'agit de passer une aiguille à chaque extrémité du fil, long de 60 centimètres au moins. La première est introduite sous la partie latérale du côté de la tumeur, en arrière de ses limites, pour sortir sur la face dorsale. L'autre

aiguille est passée de même en se rapprochant le plus possible de la pointe. Les deux aiguilles étant dégagées par la section des anses, on a trois segments de fil, l'un antérieur et l'autre postérieur, tandis que l'autre passe par sa partie moyenne sur les parties inférieures et latérales de la langue.

En nouant deux à deux les extrémités correspondantes de ces fils, on a trois ligatures : deux transversales en arrière et en avant de la tumeur et une antéro-postérieure en dedans. La tumour se trouve ainsi complétement isolée.

Au lieu de nouer simplement les fils, ce qui amène toujours un relâchement du caoutchouc, M. Delens, après les avoir tendus, les entrecroise par une rotation en sens inverse comme pour la torsion d'une suture métallique. Un aide entoure alors ce point d'entrecroisement avec un fil de soie ou de chanvre modérément serré ; uno constriction trop forte en déterminerait la rupture.

Une douleur vive est la conséquence de cette ligature pendant quelques heures, surtout si elle comprend le nerf lingual, mais peu de réaction y succède. Il y a absence de phénomènes généraux dans la plupart dos cas. Deux opérés sur cinq ont présenté un peu d'élévation de température et un mouvement fébrile momentané, dont un par suite d'une erreur dans l'introduction des aiguilles. L'hémorrhagie et la glossite ont fait complétement défaut.

Au contraire, la putridité des liquides buccaux est constante. Une solution de chlorate de potasse en gargarisme et en injections en obtient facilement raison. La parole et la déglutition sont gênées pendant quelques jours seulement.

Sur les 7 cas relatés, 4 fois la tumeur siégeait à gauche, 2 fois à droite, une fois sous la langue. La tumeur est tombée du 7e au 10e jour; la cicatrisation s'est faite facilement ensuite et, dans aucun cas, on ne peut accuser l'opération d'avoir hâté la récidive. Tous ces opérés, au contraire, en ont retiré un bénéfice réel et ces suites favorables déposent évidemment en faveur de ce mode de ligature. (*Arch. de méd.* janvier et février.)

De l'amputation partielle ou totale de la langue par la ligature élastique; relation partielle des faits précédents ; thèse inaugurale par le docteur Quinot, Paris, 16 mars 1876.

Il y a loin de ce procédé simple, exsangue, aux mutila-

tions, aux délabrements pratiqués autrefois, et comme on en voit encore des exemples. Deux en sont ainsi relatés par le docteur Ogilvie Will qui les a opérés tout récemment à l'infirmerie royale d'Aberdeen. Il s'agissait de deux grands fumeurs de 49 à 50 ans, sans autre tare diathésique. La tumeur, grosse comme un œuf de moineau, siégeait sur le bord droit de la langue au niveau de la dernière molaire dans un eas, et, dans l'autre, c'était une ulcération, comme un shilling, du côté gauche, à un pouce seulement de la pointe. Dans les deux cas néanmoins, la lèvre inférieure fut divisée jusqu'à un pouce au dessous du menton, puis disséquée des deux côtés, et la symphyse du maxillaire sciée ; puis deux fortes ligatures passées à travers la langue, l'attirèrent et la fixèrent au dehors. Après la ligature préalable des principales artères, la langue fut divisée en deux, d'arrière en avant, et la chaîne de l'écraseur, placée à la base du lambeau du côté malade, en fit la section lentement. Il fallut ensuite réunir et fixer les deux branches du maxillaire divisé par une suture métallique ainsi que les deux lambeaux de la lèvre inférieure. Et c'est au prix de ce grave traumatisme, de ce défigurement, que les malades ont guéri. Quelle comparaison à faire avec le nouveau procédé ! (*Lancet*, 7 juillet.)

EXERCICE. *Medical defence Association.* A l'exemple de ce qui s'est fait à Bordeaux par les médecins de la Gironde et à Marseille par l'Association des Bouches-du-Rhône, une Association centrale, pour la défense médicale, c'est-à-dire contre l'exercice illégal, s'est formée à Londres en 1876 sous la présidence du docteur Richardson.

Mais contrairement à la lenteur des progrès de cette utile institution en France, elle a pris, dès la première année, une extension marquée en Angleterre. Du rapport de M. Brown, lu au premier meeting annuel et général du 27 juin dernier, il résulte que huit Associations provinciales se sont déjà formées sous l'impulsion de la première et que le nombre total des associés s'élève déjà à 400. Des poursuites ont aussi été dirigées avec succès par la Société centrale contre sept délinquants qui ont été punis, et d'autres poursuites sont en voie d'exécution. La prétention des *Chemist* au droit de pratiquer la médecine a été réprimée et un mémoire a été

présenté au *medical Council* pour l'édiction de mesures plus efficaces au *medical Act* pour la répression de l'exercice illégal. Une dépense de 1750 francs a suffi à ce résultat encourageant, grâce au concours et à l'appui de la presse. (*Lancet*, n° 1, juillet.)

Il serait bien à désirer que l'Association générale des médecins de France suivît cet exemple à son tour en recommandant à toutes les Sociétés agrégées des départements un comité de défense comme dans les Bouches-du-Rhône. La protection serait ici plus efficace que le secours pécuniaire et pourrait même le prévenir en poursuivant l'exercice illégal et le charlatanisme.

EXSTROPHIE DE LA VESSIE. *Lambeau préputial.* Aux nombreux procédés employés pour former une paroi antérieure à la vessie, en empruntant des lambeaux au voisinage de l'ouverture, M. L. Le Fort en a ajouté un nouveau, afin de prévenir le trajet fistuleux qui ne manque presque jamais de se former à la partie inférieure de la restauration par la rétraction cicatricielle des lambeaux. C'était chez un garçon de 15 ans, dont le prépuce était exubérant comme chez presque tous les épispades. Il le détacha de la face inférieure de la verge avec un peu de peau et, une incision étant faite à la base en forme de boutonnière, il fit passer le gland au travers et l'amena ainsi au-dessus de la gouttière uréthrale, à la partie inférieure de la vessie exstrophiée.

Le surplus de la restauration se fit comme d'habitude, six semaines après, avec un lambeau abdominal. M. Le Fort en prévint la gangrène par un mode spécial de suture. Et pour fermer les parties latérales, il pratiqua de chaque côté trois incisions formant deux lambeaux qui, réunis avec les deux autres et avivés sur leurs bords, se cicatrisèrent parfaitement. La vessie était ainsi fermée et en faisant porter un urinal à l'opéré, il put se vêtir comme tout le monde, se livrer au travail et gagner sa vie. (*Soc. de chir.* 6 décembre 1876.)

Ce procédé a donc l'avantage de fermer plus complétement en bas la vessie nouvelle et met à l'abri des effets de la rétraction de la cicatrice abdominale.

Le docteur Ruggi a obtenu trois succès semblables par un procédé peu différent, notamment dans le dernier. Il

s'agissait d'un garçon de 18 ans présentant une tumeur d'un rouge vif, ulcérée et saignante, sur la ligne médiane hypogastrique formée par la paroi postérieure de la vessie herniée. Elle mesurait 8 centimètres dans le sens vertical et se continuait en bas avec l'urèthre.

Le malade étant anesthésié, un lambeau carré de la peau, de 12 centimètres de long sur 16 de large, fut taillé dans la région iliaque gauche avec insertion sur la cuisse, puis un second lambeau semblable fut taillé du côté opposé; mais, au lieu d'adhérer par un côté entier, il n'avait qu'un pédicule étroit dont l'origine était à la racine droite du scrotum. Le premier, renversé sur la tumeur, fut recouvert du second qui, tordu sur son pédicule, put s'étaler facilement. Les deux surfaces cruentées étant ainsi en rapport, les deux lambeaux furent réunis par des sutures métalliques à points serrés et adhérèrent aux parties voisines sans fissure urinaire. (*Revista clin. di Bologna*, mars 1876.)

On voit que cette opération est beaucoup moins laborieuse et délicate que la précédente, car enfin il s'agit de dépouiller la verge au moins inférieurement et ce peut être là une source de complications des plus graves.

F

FÉCONDATION. Le mystère qui règne encore sur cet acte semble de plus en plus exciter les recherches et les théories à ce sujet. Krauss, de Vienne, attribue, comme on sait, une grande part à la glande prostate dans cet acte. Tant que le sperme reste dans les canaux séminifères et les vésicules séminales, il est sans couleur ni odeur et d'une réaction neutre. Ce n'est qu'à travers son passage dans la portion prostatique de l'urèthre que la projection de la sécrétion de cette glande le colore et lui donne la propriété de se coaguler au contact de l'air qu'il n'a pas lorsqu'il est pris directement dans les vésicules séminales. Sa réaction devient aussi alcaline. En l'absence du fluide prostatique, les spermatozoaires de mammifères ne peuvent vivre dans la membrane muqueuse de la matrice, tandis que, par son aide, ils gardent leur vitalité pendant 36 à 40 heures dans l'utérus.

Un cas d'inversion de l'utérus, observé par le docteur Worster, lui a fourni la confirmation d'une action analogue de la menstruation. Le corps de l'utérus était descendu à travers le col, de manière que sa surface interne se présentait extérieurement entre les lèvres. Des tentatives de réduction avaient été faites à plusieurs reprises dans l'intervalle des règles. S'étant présenté un matin pour y procéder, il trouva une épaisse suffusion sanguine rougeâtre sur toute la surface de la muqueuse utérine inversée. La malade se trouvait seulement à quatre jours de son époque menstruelle. Il attendit donc et observa les progrès de la suffusion sanguine d'un jour à l'autre. Elle continua à augmenter jusqu'à acquérir 4 lignes d'épaisseur environ, ayant alors l'apparence d'une gelée molle retenue par la *decidua*. C'était sans doute le produit des glandes utriculaires, et de là une véritable sécrétion utérine. Elle commença à se détacher le quatrième jour et un liquide épais et peu abondant s'échappa des orifices des tubes de Fallope. L'écoulement menstruel même ne commença qu'ensuite. C'était un liquide rougeâtre décomposé, mêlé avec le fluide, s'échappant du tube de Fallope pour une centième partie environ. La part que la sécrétion utérine joue dans le phénomène de la fécondation et comment elle la provoque est incertaine, mais, en admettant que la prostate chez le mâle est l'homologue de la matrice chez la femelle, on peut inférer que la sécrétion utérine agit comme un menstrue protégeant l'œuf et que son absence serait suivie de stérilité comme c'est ordinairement le cas. (*Med. Record*, octobre 1876.)

FERMENTS. — Voy. Charbon, Fièvre typhoïde.

Sur la génération des ferments, par M. Frémy, de l'Académie des sciences, un vol. in-8°, Paris. Revendication énergique et accentuée des opinions et de la doctrine *anti-pastorienne* sur ce sujet, avec des renseignements nouveaux et intéressants au point de vue chimique et même pathologique.

FIBROMES. Fibrômes utérins. *Thrombose iliaque.* Une femme de 38 ans est sujette à des ménorrhagies et des troubles dans les fonctions urinaire et intestinale, en même

temps qu'elle s'anémie et devient plus faible. A son entrée à l'hôpital, le 12 octobre 1876, M. Duguet constate une tumeur volumineuse dans le bas-ventre. C'est un fibrôme utérin amenant la constipation et la dysurie par la compression du rectum et de la vessie.

Un autre effet rare de cette compression des parties circonvoisines par le développement de la tumeur ne tarda pas à se montrer. Dès le 26 octobre, un œdème de la jambe gauche apparaît, qui augmente peu à peu par la compression des veines iliaques. Le 30, accès de suffocation à deux reprises, sans rien dans la poitrine; le lendemain, la malade meurt suffoquée en quelques instants.

L'autopsie montre un fibrome sphérique de l'utérus, très-hypertrophié et incurvé, mesurant 10 centimètres; vessie dilatée avec hypertrophie des parois.

La veine crurale gauche et ses branches sont oblitérées par un caillot dont l'extrémité supérieure présente une cassure brusque, irrégulière; aucune autre cause appréciable que la compression produite par le fibrôme ne pouvait avoir déterminé cette oblitération.

Ces lésions ne rendaient pas compte de la mort subite. On en trouva la cause dans une embolie de l'artère pulmonaire formée par un caillot d'un blanc jaunâtre, à cheval sur l'éperon de bifurcation et se continuant dans chacune des branches, sans adhérences.

Au hile, il se continue avec un caillot arrondi, d'un gris rosé, friable, stratifié, qui se ramifie dans les branches de deuxième, troisième et quatrière ordre. Poumons sains, sans infarctus.

Cet embole ancien provenait évidemment d'un fragment détaché du caillot crural, comme sa cassure à deux centimètres au-dessous de l'arcade de Fallope en est le témoignage. De là, les accès de suffocation et la mort subite.

On trouva de plus dans le ventricule droit un caillot blanchâtre rattaché aux parois par des prolongements multiples. Un autre, de 8 centimètres, coupait l'infundibulum, franchissait l'orifice artériel et présentait des bosselures dues à des impressions valvulaires.

C'est donc là un exemple très-concluant d'un nouveau danger des fibrômes utérins. (*Soc. méd. des hôpitaux* et *Union méd.* n° 4.)

Écrasement. Dans l'impossibilité d'appliquer l'écraseur sur un fibro-myôme utérin volumineux, remplissant le vagin et déterminant des contractions très-douloureuses et des hémorrhagies inquiétantes, M. Griffith finit par perforer le centre de la tumeur avec l'index, la pinça ensuite entre les deux cuillers d'un céphalotribe très-mince. Un à deux tours de la clef suffirent à la tasser assez pour que la chaîne de l'écraseur pût être appliquée et l'opération terminée avec la plus grande facilité. (*Obstetr. journ.* nº 47, 1876.)

Tamponnement. L'hémorrhagie étant le danger de ces corps fibreux et celle-ci résultant de la congestion active produite par les efforts incessants d'un utérus intolérant, le docteur Puglièse se demande si, en empêchant l'écoulement du sang, on ne préviendrait pas ainsi l'hémorrhagie et la congestion active qui la produit. Il conseille à cet effet d'appliquer une mince couche de matières obturatrices maintenues en place avec un pessaire muni d'une plaque solide sur une face et fixée au centre par une tige solide qui servirait à maintenir le tout sur le bassin, de manière à pouvoir le garder des journées entières et à permettre le renouvellement de cette compression par des personnes étrangères à l'art. (*Lyon méd.* nº 49, 1876.)

Emploi du cautère actuel. Une ponction exploratrice ayant été pratiquée par M. Greenhalgh dans la partie proéminente d'un fibroïde interstitiel de la lèvre et de la paroi postérieure de l'utérus, une hémorrhagie si rebelle eut lieu qu'un cautère dut être porté dans la plaie pour l'arrêter. Un écoulement aqueux très-abondant y succéda et l'on fut surpris de pouvoir ensuite introduire l'index dans cette plaie. Une tumeur fut ainsi sentie et contournée dans ses adhérences avec le tissu utérin qui cédaient facilement. Sous l'influence d'une nouvelle cautérisation, cette tumeur diminua de volume et s'engagea par l'orifice agrandi. Elle se mortifia ensuite et tomba dans le vagin, d'où elle fut facilement extraite.

Un mois après le débu de ce traitement, la malade était débarrassée de sa tumeur et sa santé fort améliorée.

Ayant appliqué la cautérisation dans quatre autres cas désespérés, M. Greenhalgh réussit dans deux. De là pour lui l'utilité de l'énucléation de ces fibroïdes en les séparant

graduellement d'avec leur capsule d'enveloppe, surtout lorsqu'ils sont volumineux et que les malades sont affaiblies par les hémorrhagies. On prévient celles-ci et l'on provoque les contractions du tissu utérin par cette méthode, en même temps que l'on évite la rétention des liquides septiques. On doit toujours laisser l'ouverture dilatée en ne détruisant, par la cautérisation ou l'extirpation, que les parties qui font saillie à l'extérieur. (*Med. chir. transactions*, 1876.)

Fibrômes aponévrotiques intrapariétaux. Sous ce titre nouveau, M. Guyon désigne les tumeurs aponévrotiques des parois abdominales se développant dans le voisinage des os du bassin, ce qui les avait fait considérer comme de nature périostique. De nombreuses observations en avaient bien montré les caractères cliniques, mais la pathogénie de ce néoplasme était encore en doute. De là les noms divers de tumeurs extra-pelviennes, tumeurs fibreuses de la crête iliaque, fibrômes, fibro-myômes, fibrômes aponévrotiques.

L'observation de quatre tumeurs semblables dans la région cervico-dorsale a permis à M. Guyon de constater leur véritable origine aponévrotique. Elle avait le volume de deux poings et siégeait sous la moitié supérieure du trapèze chez une jeune femme qui fut opérée par Velpeau en 1857. Étendue de la racine des cheveux à l'épaule et jusqu'à la clavicule, chez une autre femme de 34 ans, la seconde fut enlevée en 1868 à l'hôpital Necker. Un érysipèle consécutif détermina la mort et M. Guyon put s'assurer de l'état des parties. Dans le troisième cas, la tumeur occupait la plus grande partie de l'épaule droite, chez une femme de 36 ans, et fut enlevée avec succès en 1871. La dernière avait le volume d'un œuf de poule et était située sous le trapèze chez une jeune femme. M. Richet en a enlevé une autre qui avait un volume considérable dans le dos chez une autre femme.

L'examen de ces faits et l'analyse de ceux observés par les autres chirurgiens français ont démontré à M. Guyon que ces tumeurs *se développent dans les aponévroses* d'insertion des muscles par des corps fibro-plastiques, où les fibres conjonctives forment des faisceaux analogues à ceux du tissu fibreux, n'ayant que des connexions avec les os et le périoste. De là leur nom.

En comparant, en outre, le mode de développement des fibrômes aponévrotiques de l'abdomen, en étudiant leurs rapports avec les aponévroses et les ligaments, M. Guyon s'est assuré de leur identité avec ceux du cou. Il a reconnu et constaté que, pas plus qu'eux, ils n'ont l'origine périostique que plusieurs chirurgiens avaient cru reconnaître. Ces tumeurs ne sont pas davantage musculaires, car, bien qu'englobant parfois des portions de tissu musculaire, elles sont purement d'origine aponévrotique. Leur origine et leur développement sont donc les mêmes à l'abdomen qu'au cou et elles forment ensemble un groupe pathologique bien défini. Rencontrées exclusivement chez la femme, elles correspondent toujours avec l'activité sexuelle ; leur marche paraît influencée par les fonctions génitales, la menstruation et la grossesse. Elles peuvent acquérir un volume considérable, mais sans se généraliser, et, restant incluses dans la région où elles ont pris naissance, peuvent cependant adhérer au péritoine. Elles sont parfaitement opérables à toutes les périodes de leur développement et ne paraissent pas soumises à la récidive, sinon sur place. Leur extirpation est ainsi le seul traitement rationnel qui puisse leur être opposé.

L'exactitude de cette classification est confirmée par le fait suivant, recueilli à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Une campagnarde de 27 ans, robuste, mariée, ayant une fille de 5 ans, bien réglée, présente, dans la région médiane hypogastrique, une tumeur globuleuse, dure, immobile et adhérente au pubis inférieurement, se prolongeant en arrière de la symphyse. Elle s'étend, en haut jusqu'à trois centimètres au-dessous de l'ombilic et déborde la ligne médiane de quatre centimètres environ de chaque côté, un peu plus à droite qu'à gauche. La peau glisse facilement dessus ainsi que les muscles grands droits.

Son début remonte à dix-huit mois sans avoir apporté aucun trouble, si ce n'est quelques douleurs dans l'aîne et la cuisse droites depuis quelques semaines. C'est pourquoi la malade demande à en être débarrassée.

L'opération est faite, le 29 mai dernier, par M. Fochier. Une incision parcourt la ligne médiane sur toute la hauteur de la tumeur et, la gaîne des muscles grands droits étant ouverte, ceux-ci sont rejetés de côté, et la tumeur, mise à

découvert, n'est adhérente qu'à leurs tendons d'insertion où elle paraît avoir pris naissance. Elle a ainsi une large base fixée au pubis sur une grande étendue et sur la ligne blanche. Après la section du pédicule et des faisceaux musculaires, l'énucléation se termine facilement et laisse le fascia transversalis à nu. Le pubis est dénudé sur une étendue de trois centimètres, quoique l'origine de la tumeur ne fût pas périostique. Une suture enchevillée réunit la plaie avec un drain placé en bas. Une cicatrisation rapide en fut la conséquence et, grâce à une ceinture abdominale protégeant l'éventration, cette opérée quitta l'hôpital guérie à la fin de juin. (*Lyon méd.* n° 43.)

C'est donc bien là un cas de fibrôme aponévrotique et non périostique, comme Nélaton l'admit au début. Bodin, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale avec les observations d'Huguier et de Gosselin et sous leur inspiration, les fait naître à tort du tissu cellulaire sous-péritonéal. Leur base d'implantation, toujours assez étroitement pédiculée, venant ordinairement de la crête iliaque et des côtes, démontre assez leur origine aponévrotique, comme les observations de Billroth, de Panas et de Guyon l'ont mis depuis hors de doute et de contestation.

Cette origine n'est pourtant pas encore généralement admise. Une tumeur fibreuse des parois abdominales, enlevée le matin même par M. Nicaise, chez une femme de 43 ans, dont le début, par une petite saillie au-dessus de la crête iliaque gauche, remontait à quatre ans et qui avait acquis le poids de cinq livres dans les deux derniers mois, a été l'objet de vives dissensions à cet égard. Mobile, dure, élastique, elle formait un appendice énorme sur le flanc gauche avec saillie dans la cavité abdominale. Une dissection très-attentive et minutieuse a montré qu'elle adhérait intimement aux aponévroses du petit oblique et du transverse. Loin d'adhérer aux os, elle n'a pas même nécessité l'ouverture du péritoine.

Et cependant M. Gillette a vu là un fibrôme et M. Després une tumeur bénigne différant des tumeurs fibreuses de la fosse iliaque et qui auraient beaucoup de gravité. Mais la majorité des membres présents a repoussé ces distinctions et M. Polaillon seul a soutenu l'origine périostique de ces fibrômes. (*Soc. de chir.* 7 novembre.)

Etude sur les tumeurs fibreuses péri-pelviennes ; thèse inaugurale, par le docteur E. Salesse, Paris, 1876. Tout en paraissant se rapporter aux fibrômes aponévrotiques extra-pelviens, ce travail leur attribue encore une origine périostique. Elles naissent, dit l'auteur, par un pédicule constant contenant, dans son épaisseur, les vaisseaux nutritifs et pouvant s'insérer sur tous les points de la cavité pelvienne. On les rencontre surtout chez les femmes adultes pendant la période d'activité circulatoire dont la région pelvienne est le siége. Elles acquièrent parfois un volume considérable et sont tantôt indolentes, tantôt le siége de vives douleurs lancinantes, mais sans porter atteinte à la santé. Les observations mêmes prouvent qu'elles ne récidivent jamais après l'excision.

Tous ces caractères se rapportent donc bien aux fibrômes aponévrotiques et ce travail a le tort d'être venu avant celui de M. Guyon.

FIÈVRES. Les propriétés antiseptiques, attribuées à la médication salicylique par les médecins allemands, pour le traitement interne des fièvres spécifiques, n'ont pas tenu devant l'examen. Elle n'eut ainsi aucun succès contre l'infection purulente ni les fièvres éruptives. Schwimmer l'ayant employée, à doses fractionnées, dans la variole, n'a obtenu que 55 guérisons sur 75 cas, ce qui est peu encourageant. Elle est absolument condamnable dans la fièvre des tuberculeux. Ses effets n'ont pas été plus concluants dans la fièvre typhoïde, comme on le verra. Si M. Guéneau de Mussy en a obtenu des avantages, il reste à savoir s'ils sont bien dus à l'acide salicylique, car M. Oulmont, tout en ayant obtenu une défervescence évidente momentanée, n'a constaté aucune modification. Au contraire, M. Sée nie absolument son action fébrifuge antipyrétique et antiseptique locale, surtout à dose aussi faible. Il ne lui a trouvé aucune action sur les fièvres spécifiques, pas plus que contre les affections zymotiques. Elle n'a d'action que sur la température et le pouls, et encore est-elle peu durable. M. Oulmont, en donnant 1 gramme de salicylate de demi-heure en demi-heure dans diverses affections fébriles, jusqu'à concurrence de 4 grammes, a obtenu, après deux à quatre heures seulement, une diminution de 10 à 20 pulsations et un

abaissement d'un demi-degré à 2 et même 3 pendant cinq à douze heures seulement. Or, comme cette médication est mal tolérée et produit des accidents gastro-intestinaux avec céphalalgie, vertiges, on ne peut en continuer l'emploi comme anti-fébrile exclusivement. Suivant le professeur Fabre de Marseille, qui a noté aussi son action antithermique, le dicrotisme du pouls serait un signe qu'il faut suspendre cette médication. (*Journ. de thérap*). C'est ce qu'avait déjà dit le docteur Ewald, de Berlin, en 1876.

Fièvre typhoïde. *Origine fécale.* A force de vouloir trouver une cause tangible de ces grandes épidémies qui moissonnent des populations entières, on l'a fixée dans les déjections même des malades. Les Anglais, qui ont surtout contribué à faire admettre cette étiologie pour le choléra, par les observations qui ont été faites dans l'Inde, n'ont pas manqué de l'étendre à la fièvre typhoïde. On a d'abord vu la voie d'infection la plus fréquente dans l'ingestion des eaux ou autres liquides alimentaires contaminés par ces déjections; puis on l'a étendue aux émanations même de ces matières. Et pour distinguer cette doctrine de celle des miasmes, admise autrefois en pareille matière, et la mettre d'accord avec les idées panspermistes du jour, on enseigne que cette transmission se fait au moyen des organismes vivants contenus ou développés dans ces déjections morbides. Delà autant de maladies spéciales ou spécifiques dues à un dangereux parasitisme qu'il s'agit d'éviter.

MM. Jaccoud et Guéneau de Mussy sont les principaux défenseurs de cette doctrine en France. Le premier a pris ses exemples principalement en Allemagne pour la propager et le second en Angleterre. Ce dernier professe ainsi que les émanations des égoûts de Paris, s'échappant par les bouches béantes des rues, sont éminemment nuisibles pour la population. Les eaux de ces égoûts, communiquant avec les latrines des maisons, charrient ainsi les matières morbides des typhoïdes qui s'y trouvent et peuvent transmettre la maladie de la sorte.

Mais cette doctrine est toute *inductive* comme le montre M. Bouley. Les faits confirmatifs ont seuls été préconisés pour la faire admettre, sans tenir compte des faits infirmatifs. On n'a pas constaté que c'était dans les maisons

situées au-dessus des bouches d'égoûts et particulièrement chez les boutiquiers et les habitants du rez-de-chaussée, des cours surtout, que se manifeste plus fréquemment la fièvre typhoïde pendant les épidémies. Les égoutiers même n'y sont pas plus exposés que les vidangeurs. D'ailleurs la putréfaction, la fétidité plus ou moins avancée de ces matières, tend à en annihiler l'action nocive, car l'expérience a démontré que la fermentation de la matière organique est son retour à l'état minéral et par conséquent à son innocuité.

La contagion directe ne pouvant pas être constatée dans les grandes villes comme dans les campagnes, on rapporte naturellement les nombreux cas qui s'y manifestent à l'infection par les miasmes exhalés des malades ou de leurs déjections excrémentitielles. Les désordres observés dans les intestins, les modifications si caractéristiques et si constantes des plaques de Peyer peuvent surtout faire penser que le contagium est contenu dans les selles, dit M. Bouchardat. S'il y a des exemples de propagation par cette cause, ils sont rares et peuvent n'être que des coïncidences. Il faut observer avant de proclamer comme des vérités absolues ce qui a été publié à l'étranger.

L'enseignement rigoureux des faits, selon M. Jaccoud, est la puissance typhogène des émanations des matières fécales. Cette origine est aujourd'hui au nombre des vérités les mieux établies ainsi que la contagion. Elle est démontrée par les procédés dont l'infection s'est effectuée : l'insuffisance de l'irrigation des conduits excrémentitiels, la stagnation et l'accumulation des matières, l'infiltration dans le sol par rupture des canaux, la communication des canaux excrémentitiels avec les eaux des fosses d'aisance, les défectuosités des systèmes des conduits d'eau potable, la réplétion intermittente des conduits excrémentitiels combinée avec l'interruption de l'irrigation, amenant la diffusion, par reflux des matières fécales, dans les conduits d'eau. Mais il est erroné de généraliser ces dangers et de les étendre à des systèmes de canaux fonctionnant régulièrement comme les égoûts de Paris et l'assainissement des eaux de la Seine.

Il appuie ces propositions sur 106 exemples qu'il a collectés dans les annales de la science des diverses contrées

du monde et observés dans un intervalle de dix années par les médecins de ces divers pays. En voici quelques-uns des plus concluants.

Dans un village de la Saxe, où depuis de longues années on n'avait observé un seul cas de fièvre typhoïde, cette maladie se déclare épidémiquement en juillet 1868. Pas une maison n'échappe aux atteintes du mal. Ce village était habité par des cultivateurs ayant un excellent régime hygiénique. Seulement, les maisons y sont très-basses, et, auprès de chacune d'elles, existait un tas de fumier et un fossé destiné à recueillir les matières fécales. Les chaleurs de l'été, qui furent excessives, portèrent à leur maximum d'intensité les émanations des tas de fumier et des fossés remplis de matières fécales. Il s'ensuivit une épidémie générale de fièvre typhoïde qui ne cessa que lorsque les pluies de l'automne furent venues entraîner au loin les matières putréfiées qui avaient formé ces foyers d'infection.

En 1869, il y eut à Philadelphie une épidémie limitée à quatre maisons. Devant ces maisons étaient des fosses remplies de matières fécales au maximum de réplétion. Au milieu de l'opération de vidange, qui donna lieu à des exhalaisons méphitiques, éclata l'épidémie, qui fut bornée précisément aux maisons situées au voisinage des fosses.

En 1874, se manifesta, à Liége, une épidémie limitée à l'une des casernes de la ville, et qui fut rigoureusement circonscrite à cette caserne, devant laquelle étaient des tas d'immondices mêlés à des accumulations énormes de matières fécales.

A Édimbourg, dans un établissement de bienfaisance situé dans des conditions hygiéniques exceptionnellement bonnes, et où, de 1820 à 1869, on n'avait observé un seul cas de fièvre typhoïde, se déclara, dans l'automne de 1869, une épidémie, remarquable par le nombre et l'intensité des cas. L'enquête montra qu'à la suite de la sécheresse de l'été, l'irrigation avait été interrompue dans les canaux de circulation des matières excrémentitielles, de telle sorte que celles-ci avaient encombré les canaux et avaient reflué dans les conduits des baignoires de l'établissement, souillant l'eau de ces conduits et répandant partout une odeur nauséabonde. On fit cesser l'obstruction, et l'épidémie fut arrêtée.

Dans une caserne d'une autre ville anglaise éclata une épidémie de fièvre typhoïde qui fut limitée à cette caserne. Il n'y eut pas un seul cas de fièvre typhoïde dans la ville, si bien que ceux des soldats de la garnison qui, ne logeant pas dans cette caserne, demeuraient en ville, restèrent complétement indemnes. L'enquête montra que l'épidémie avait été occasionnée par des émanations méphitiques provenant de latrines remplies de matières fécales.

La suppression de ces latrines mit fin à l'épidémie. On remarqua que les habitants de la ville employés à cette caserne, mais qui allaient à d'autres latrines, ne furent pas au nombre des malades. En outre, dans un casino de la ville, recevant de jour et de nuit toutes sortes de personnes, il ne se déclara pas un seul cas de fièvre typhoïde.

A la fin de l'année 1868, à Newbridge, existaient des chantiers-baraques au voisinage desquels étaient des fosses remplies de matières fécales. Une épidémie de fièvre typhoïde s'y manifesta en janvier 1869. L'enquête montra que, sans avertissement, pour les besoins des constructions, avait été supprimée une communication de ces fosses avec une cheminée d'appel, grâce à laquelle une ventilation énergique entraînait au dehors les émanations de ces fosses. Depuis cette suppression intempestive, les exhalaisons méphitiques avaient reflué dans les chantiers et engendré l'épidémie. Le rétablissement de la communication fit cesser la maladie.

Voici maintenant des faits qui montrent l'influence typhogène du mélange des matières fécales avec les eaux potables.

Dans un village de Norwège qui possède 7 fontaines et 44 maisons, et où la fièvre typhoïde était à peu près inconnue, éclata, en 1870, une épidémie de cette maladie. L'enquête établit que sur les 7 fontaines, 5 avaient été infectées par des liquides fécaloïdes, 2 seulement étaient restées indemnes. Or dans les 36 maisons dont les habitants, au nombre de 294, s'approvisionnaient aux fontaines contaminées, il y eut 121 cas de fièvre typhoïde, soit 41 à 42 p. 100 ; tandis que, dans les 8 maisons dont les habitants, au nombre de 32, se servaient de l'eau des 2 fontaines non infectées, il n'y eut qu'un seul cas de fièvre typhoïde.

Dans un asile de bienfaisance des environs de Hall, et

dans lequel pendant quinze ans on n'avait pas observé un seul cas de fièvre typhoïde, une épidémie se déclare en 1870. L'enquête montra qu'elle était due à l'altération de l'eau dont l'établissement se servait, altération appréciable au goût et au microscope, qui y découvrit quantité de bactéries et de vibrions.

Dans la ville, tous les cas de maladie se déclarèrent dans les maisons d'un quartier qui faisait usage de l'eau d'une des sources de la ville. L'enquête permit de constater qu'il y avait interruption dans la canalisation des conduits excrémentiticls du quartier, de telle sorte que les matières, refluant dans les conduits de l'eau, s'étaient mélangées avec celle-ci et l'avaient infectée. Le rétablissement de la circulation amena la cessation de l'épidémie.

Dans un village où, depuis 1813, on n'avait pas observé un seul cas de fièvre typhoïde, la maladie se déclara en 1871 et y fit 134 victimes. L'enquête montra qu'elle était due à la souillure de l'eau d'un ruisseau qui servait de déversoir à toutes les maisons du village. La correction de cette disposition vicieuse supprima l'épidémie.

Tous les autres faits répondent aux mêmes conditions. La fièvre typhoïde éclate dans une localité où elle n'est pas endémique et l'enquête établie ne révèle d'autre cause insolite que les émanations des fosses d'aisance, à l'état de complète réplétion, ou le mélange des matières excrémentitielles avec les eaux potables ou le lait. Si la disparition de cette cause accidentelle vient à faire cesser l'épidémie, il y a là tous les éléments d'appréciation pour attribuer à l'épidémie sa véritable cause.

De ces 106 faits d'épidémies typhoïdes locales, attribuées à ces trois ordres de causes fécales, dont 17 à l'influence directe des émanations fécales, 74 à l'altération des eaux par ces matières et 15 du lait, il n'y a que 36 faits *positifs* où la présence d'un premier typhoïsé dans la localité explique l'introduction du poison typhique : 3 fois dans les fosses d'aisance, 22 fois dans les eaux de canalisation et 11 fois dans le lait. Dans 24 cas, au contraire, le fait est nié et dans 45 il est resté douteux. L'influence des émanations des matières des typhoïsés est donc la moins prouvée. De là le peu de créance de l'opinion exclusive de Murchison que ces matières sont typhogènes par elles-mêmes. S'il en était

ainsi, la fièvre typhoïde existerait en permanence partout où, comme en Irlande et au Brésil, les matières fécales restent stagnantes. Leur mélange avec la masse des matières excrémentitielles est bien plutôt regardé comme le véritable corps du délit, d'après le nombre double des cas d'épidémies développées sous cette influence. (*Acad. de médecine,* mars et avril.)

Cette discussion a eu son retentissement à la Société de médecine de Lyon par le rapport de M. Teissier sur l'ouvrage de M. Guéneau de Mussy, mais sans éclairer davantage la question. Tout en reconnaissant la probabilité de l'origine fécale, comme MM. Bourland et Alix, aucun orateur n'a pris sur lui de la soutenir par des faits. Les causes générales communes ont été le plus souvent invoquées et plutôt l'infection que la contagion directe. La nature du typhogène reste à élucider là comme ailleurs. (*Lyon méd.* n°s 22 et 23.)

Il y a encore moins de corrélation immédiate et directe entre le ferment typhique et les émanations des eaux d'égoûts. M. Feltz ayant injecté, à plusieurs reprises, des liquides stagnants d'égoûts, dans le sang de chiens et de lapins, après filtration grossière et où grouillaient toute espèce d'animalcules infiniment petits, n'en a observé aucun effet morbide. Tous ces animaux ont continué à se bien porter, tandis qu'il lui a suffi d'injecter du sang humain typhoïde non putréfié, pris sur le vivant, pour déterminer des effets si appréciables que le sang de ces lapins infectés, transporté sur d'autres lapins, les infecte à leur tour. (*Gaz. hebd.* n° 13.)

Influence saisonnière. Tandis que l'on s'évertue à discuter, à l'Académie de médecine et ailleurs, sur les modes de contagion, d'infection et de parasitisme de la fièvre typhoïde, M. E. Besnier, chargé de rendre compte des maladies régnantes à Paris, explique l'épidémie de 1876 tout simplement, en véritable épidémiologiste qu'il est, par l'*influence saisonnière.* L'exacerbation exceptionnelle par l'intensité et la gravité qu'elle a montrée en acquérant son paroxysme en novembre, après deux abaissements très-accentués en septembre et octobre, n'est, après tout, que sa marche habituelle chaque année, abstraction faite de ses proportions excessives en 1876. C'est ainsi que les choses se passent

communément à Paris : l'hiver arrivant, la maladie décline rapidement d'abord, puis plus lentement, pour atteindre le point le plus déclive de sa trajectoire seulement au printemps. Il le prouve en rapportant, dans un tableau synoptique, mois par mois et année par année depuis 1867, le mouvement et la mortalité officielle de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. Le premier trimestre donne ainsi 2209 cas avec 461 décès, tandis que le second n'en compte que 382 pour 1839 cas, soit une mortalité de 20 pour 100 dans ce semestre. Dans le second, au contraire, les cas de 3265 avec 907 décès dans le troisième trimestre s'élèvent à 5,868 dans le quatrième avec 1089 décès, soit un peu moins de 22 pour 100 dans ce semestre, bien que le total des cas soit plus que double du nombre du premier.

Sans doute, il y a quelques variations dans ces proportions semestrielles suivant les années. Ainsi elle est égale en 1872, tandis qu'elle est du double en 1867, mais c'est un fait remarquable que, dans cet espace de huit années, les mois de septembre, octobre et novembre soient uniformément les plus chargés de fièvre typhoïde. On ne saurait donc guère l'attribuer qu'à l'influence saisonnière. « Maladie permanente au plus haut degré, dit M. Besnier, la fièvre typhoïde subit avant tout, dans la succession de ses phases très-régulières, mais mal étudiées et mal connues, l'influence saisonnière; aucune autre n'est plus manifeste, plus tangible, plus incontestable; les exceptions apparentes sont extrêmement rares et toujours explicables par des conditions extraordinaires. »

Sans vouloir attacher à la saison quelque chose de mystérieux ou d'inconnu, analogue au génie épidémique d'autrefois, l'auteur entend seulement que chaque saison, ramenant dans le climat et le sol parisiens des modifications sensiblement égales, reproduit, d'une manière manifestement régulière, les exacerbations et les affaissements de la maladie. Quel que soit le mode instrumental qui préside immédiatement à ces oscillations, il n'en est pas moins important tout d'abord d'en préciser la *loi*, loi qui subsiste même dans des années aussi exceptionnellement funestes que celle de 1876. C'est la connaissance de cette loi, dont nous nous efforçons de donner la démonstration

et de formuler les termes, qui permet de prévoir avec une grande sécurité l'apaisement prochain de la maladie, alors même qu'elle semble s'accroître encore considérablement, si d'ailleurs l'heure de son déclin saisonnier est proche. »

Cette influence des conditions atmosphériques sur le développement ou l'arrêt de la fièvre typhoïde est si précise que les résultats peuvent en être fixés d'avance. M. E. Besnier annonçait ainsi, sans aucune hésitation, dans son rapport des maladies régnantes à Paris pendant le deuxième trimestre de 1877, qu'après avoir atteint son hypogée annuelle, elle allait s'élever par un mouvement régulier et continu pendant le troisième, ce qui s'est parfaitement réalisé. Les décès se sont élevés à 326. Cette augmentation est immuable, aussi bien que la mortalité relative dans ce trimestre d'été, bien qu'elle puisse varier par d'autres causes. L'influence épidémique l'avait ainsi élevée à 655 dans le trimestre correspondant de 1876, tandis qu'elle était seulement de 220 l'année précédente. De là, les résultats différents du même traitement dans ces diverses conditions et les influences saisonnières.

Si la mortalité typhoïde absolue atteint chaque année son maximum dans le deuxième semestre, c'est dans la première moitié que la mortalité relative atteint toujours le chiffre le plus élevé. Elle a été de 26,02 pour 100 dans les hôpitaux en 1877. Elle est toujours plus faible dans le dernier trimestre, quoique le nombre des décès soit encore plus élevé. Les expérimentateurs sur la thérapeutique ont donc à tenir compte de ces différences saisonnières pour avoir un résultat exact. (*Union méd.* nos 15 et 133.)

L'agglomération des habitants ne peut être considérée ici comme une des causes de l'épidémie, car les quartiers les plus frappés n'étaient pas les plus compactes. Celui du Gros-Caillou a été le plus gravement atteint, quoique n'étant que le trente-troisième sur l'échelle de population absolue et le cinquante-troisième sur celle de densité, tandis que celui de la Sorbonne, qui est le neuvième pour la densité, n'a été que le quarante-cinquième pour la mortalité. A cet égard, la situation centrale et basse semble avoir bien plus influé sur le développement de l'épidémie, car les quartiers périphériques et élevés ont été les plus ménagés. Mais des

résultats contraires, opposés, obtenus dans d'autres épidémies, ne doivent faire admettre cette cause qu'avec réserve et jusqu'à plus ample informé.

Il en est de même des eaux potables et de la disposition des fosses d'aisances et des égoûts. Il est toujours difficile de préciser l'origine exacte des eaux d'un quartier et un grand nombre de Parisiens ne s'alimentent pas où ils sont domiciliés. Aucune donnée exacte ne peut donc être établie à cet égard.

Prédisposition des militaires. Sa fréquence progressive dans l'armée en a aussi fait rechercher les causes. La mortalité actuelle dépasse ainsi 3 par 1,000 soldats, tandis qu'elle n'était que de 1,93 en moyenne jusqu'en 1872. On l'a attribuée ainsi à l'insalubrité croissante du milieu militaire causée par l'encombrement. Mais les progrès de l'hygiène et la surveillance incessante de l'autorité contredisent cette supposition et M. Colin conclut, de ses recherches à cet égard, que cette fréquence tient bien plus au degré de réceptivité propre aux agglomérations d'hommes jeunes, robustes, non accoutumés au séjour des grandes villes, qu'à toute autre cause. L'augmentation de la mortalité dépendrait également de la proportion plus considérable des jeunes soldats qui y sont enclins. Si l'armée française est considérée comme y étant plus sujette, c'est que cette mortalité n'est pas toujours reconnue comme telle dans les armées étrangères.

L'immunité relative des armées en campagne montre que cette réceptivité des jeunes soldats ne suffit pas à expliquer le développement spontané de cette fièvre. Les causes en sont donc inconsistantes, décomposables, multiples et résident principalement pour eux dans les émanations de l'atmosphère des grandes villes. Mais les exceptions à cette règle, comme l'épidémie qui sévit en 1874 sur les troupes de l'armée de Versailles pendant leurs grandes manœuvres d'automne dans l'Eure-et-Loir, montrent que des causes spécifiques agissent aussi parfois comme les émanations putrides, fécales, la contagion, etc.

C'est aussi l'opinion de M. Woillez qui repousse comme l'unique cause, donnée par le docteur Pagès, l'encombrement des soldats. Cette cause est décomposable et ne peut

être, dit-il, attribuée à un seul agent. (*Acad. de méd.* septembre et octobre.)

Les plus savants témoignages se réunissent donc pour montrer qu'il n'y a pas jusqu'ici d'action unique, spécifique bien déterminée pour expliquer l'origine de cette fièvre. Le positivisme actuel, la mode, pourrait-on dire, de la précision moderne, l'a fait rechercher dans la matière fécale pour expliquer la contagion et l'infection. Mais n'est-il pas évident que l'on s'est occupé trop exclusivement de voir l'agent unique, alors qu'autour régnaient plusieurs autres causes communes et banales, dont on se contentait autrefois pour expliquer le mal, et qui peuvent bien aussi jouer leur rôle? L'origine fécale, la dernière où l'on puisse chercher cette cause, ne suffit pas même à son partisan le plus déclaré. Si son influence a été établie 36 fois sur les 106 épidémies examinées par M. Jaccoud, 24 fois elle a été positivement absente. D'ailleurs, si cette cause était si réelle et puissante, la fièvre typhoïde se trouverait partout en permanence et ce n'est pas ce qui s'observe.

C'est en voulant ainsi trouver une cause unique, tangible et spécifique que l'on arrive forcément au parasitisme. On le suppose déjà avant de le démontrer et l'on ne manquera pas de le trouver dans l'infinité de ces infiniment petits. Mais en sera-t-on bien plus avancé quand la logique sera ainsi satisfaite? Guérit-on mieux le charbon depuis que la bactéridie en est donnée comme l'unique cause? Spéculatives sont donc toutes ces recherches microscopiques, et il est bien plus pratique pour le médecin de s'en tenir aux causes multiples, démontrées par l'observation, et de les combattre pour prévenir la contagion, l'infection virulente et miasmatique, que de s'arrêter à ces expériences. C'est la conclusion de tous les vrais praticiens.

Albuminurie tardive. Il ne s'agit pas ici de l'albuminurie légère, passagère, qui apparaît souvent au début de la fièvre typhoïde, comme dans beaucoup d'autres maladies infectieuses ainsi que le remarque Griesinger ; c'est même l'un des phénomènes les plus constants de cette affection, suivant M. Gubler; il s'agit d'une albuminurie abondante, intense, apparaissant tardivement, comme le docteur Chédevergne l'a déjà signalée dans sa thèse. « L'albuminurie,

dit-il, survenant pour la première fois à une période avancée dans la quatrième ou la cinquième semaine, est d'un pronostic défavorable ; ou elle accompagne une complication grave, telle qu'une pneumonie, ou elle forme le début d'une véritable maladie de Bright. C'est alors une maladie consécutive qui, presque toujours, conduit à la mort au milieu de symptômes connus. »

Ces faits se sont confirmés à la clinique de la Pitié au début de l'épidémie de 1876. Les 16 premiers cas ont fourni 8 décès. Mais, chez 11 de ces typhisés, l'urine ne contenait que peu ou point d'albumine et 3 seulement succombèrent : l'un, de pneumonie suppurée, et les deux autres de perforation intestinale. Chez les 5 autres malades, l'urine contenait au contraire, pendant le second septenaire, une grande quantité d'albumine, avec des cylindres épithéliaux granulo-graisseux, des granulations graisseuses libres ; le sédiment urinaire était peu abondant, la densité de l'urine et la quantité d'urée excrétée étaient sensiblement diminuées. Ces cinq malades succombèrent dans l'ataxo-adynamie et l'autopsie montra, entre autres altérations du cœur, du foie, une stéatose des reins avec augmentation de l'organe dont le poids était quintuplé. Ils étaient aussi notablement décolorés, et le microscope y décelait une altération granulo-graisseuse avancée des épithéliums, surtout dans les tubes contournés. C'était la lésion prédominante.

Sans qu'il y ait lieu, d'après ces faits, d'établir une forme rénale de la fièvre typhoïde, MM. Legroux et Hanot, qui les rapportent, observent que tandis que l'intensité de cette albuminurie a suivi parallèlement la gravité des symptômes, l'urine n'a contenu qu'une très-faible proportion d'albumine dans les autres cas et jusqu'à la convalescence. Un cas en a même été complétement exempt. Son apparition tardive et croissante serait donc un signe d'une gravité exceptionnelle pour le pronostic, comme l'affaiblissement du premier bruit par exemple, l'irrégularité des battements du cœur, le souffle à la pointe et au premier temps indiquant les progrès de la dégénérescence du myocarde, l'ictère et même la coloration ictérique de l'urine annonçant les lésions hépatiques.

Ce n'est pas que l'albuminurie tardive avec les caractères

précédents soit toujours fatale. Un typhisé l'a présentée avec émission de cylindres hyalins et épithéliaux et beaucoup d'albumine dans l'urée jusqu'à la convalescence. Mais ces faits montrent l'importance d'examiner l'urine avec soin, surtout dans le cours du second septenaire, car elle peut fournir la démonstration d'une destruction rénale d'une grande importance pour le pronostic. (*Arch. de méd.* décembre 1876.)

Un cas semblable, observé par le docteur Millard à l'hôpital Lariboisière, vient confirmer ces considérations au point de vue de la dégénérescence graisseuse des reins et leur augmentation de volume. (*Soc. méd. des hôpitaux*, novembre 1876.)

Mort subite. En vue de prévenir cette terminaison fatale qu'il a signalée le premier en 1867, M. Dieulafoy, à propos de deux nouveaux cas observés dans son service, sur une femme de 30 ans et un garçon de 17, recherche les caractères cliniques, les traits distinctifs des 63 observations qu'il a pu recueillir depuis, pour mieux en annoncer, en prévoir la manifestation. Sa fréquence est ainsi démontrée. 13 cas en ont été observés à l'hôpital militaire du Gros-Caillou sur 228 décès de fièvre typhoïde, soit environ 6 pour 100, d'après la statistique de M. Tambareau (*Thèse de Paris*, 1877). Il semble qu'elle soit beaucoup moindre dans les hôpitaux civils, car M. Leudet, directeur de l'École de médecine de Rouen, n'en a observé que 5 cas sur 221 décès de dothiénentérie arrivés de 1854 à 1871. Cette différence, si elle se confirmait, montrerait déjà que le jeune âge, sinon l'état militaire, y prédispose. Il n'est question en effet que de jeunes gens de 17 à 21 ans dans les faits de M. Leudet, dont le plus âgé a 32 ans, mais M. Dieulafoy n'a pas relaté l'âge des décédés, sans doute parce que la fièvre typhoïde atteint spécialement les jeunes gens.

Loin de survenir au plus fort de la maladie et dans les cas les plus graves, c'est le contraire qui a lieu. Dans la plupart des cas, c'est quand le malade se sentait mieux, que l'amélioration se dessinait franchement, que la convalescence commençait, et que l'on considérait le danger comme passé, que la mort subite est survenue. Sur 38 observations indiquant le jour de la mort, elle est survenue :

2 fois le 17ᵉ jour
2 — 18ᵉ —
4 — 19ᵉ —
7 — 20ᵉ —
5 — 21ᵉ —
2 — 23ᵉ —
3 — 24ᵉ —

Les autres cas sont disséminés un peu plus tôt, un peu plus tard, mais pas avant le 6ᵉ, ni après le 30ᵉ jour. Mort au moment de la convalescence est indiquée dans 7 observations. C'est donc pendant le 3ᵉ septenaire, quand la température baisse, que le malade est mieux, demande à manger, et que la convalescence s'annonce, que la mort subite est le plus à redouter. Elle arrive tout à coup, sans angoisse ni douleur, ni avertissement, ni cause appréciable. Une extrême pâleur survient, parfois avec quelques mouvements convulsifs et, en quelques secondes, le malade est mort.

Un des traits les plus caractéristiques sont les convulsions. Elles sont signalées 24 fois sur 41 observations par M. Dieulafoy et seulement une fois sur 5 par M. Leudet. Elles sont limitées à la face, à un côté du corps, ou générales. Un cri épileptiforme les précède ou les accompagne quelquefois. L'instantanéité de la mort ne permet pas souvent de les constater.

Dans la grande majorité des cas, soit 8 fois sur 10, c'est dans les formes ordinaires et de moyenne intensité que survient la mort subite. Les formes ataxiques et adynamiques extrêmes n'y prédisposent nullement.

La soudaineté de la mort est telle, que sur les 63 observations, elle est survenue 55 fois sans avertissement ni prodrômes; c'est le coup de foudre. 8 malades ont eu seulement de la dyspnée, des convulsions, des syncopes, à quelques heures ou quelques jours d'intervalle. Tout état convulsif ou syncopal doit donc la faire redouter.

La cause en est obscure, inconnue. La dégénérescence graisseuse du cœur signalée par M. Hayem, en 1872, est généralement abandonnée. M. Leudet ne l'a constatée qu'une seule fois. Reste donc la théorie de la syncope par action réflexe de la maladie de l'intestin. (*Gaz. hebd.* nᵒˢ 19 et 22.)

Une étude critique sur la pathogénie de cette mort subite, par le docteur Huchard, montre que cette cause n'est pas

unique et que bien d'autres peuvent la produire. Il conseille donc de combattre l'affaiblissement du cœur par la digitale, l'usage du café ou de la caféïne quand le cœur manifeste de l'affaiblissement, et l'emploi des toniques et les injections hypodermiques de morphine en particulier si l'anémie cérébrale se manifeste. En remplissant ces deux indications principales, on préviendra la plupart des morts subites. (*Union méd.* 15 septembre au 18 octobre.)

Ulcérations gastriques. Louis seul en signale quatre cas dans la fièvre typhoïde, sans en indiquer la cause. C'est pourquoi cette lésion, rencontrée par M. Millard dans l'estomac d'un jeune homme de 15 ans et demi, mort dans son service à Lariboisière après une gastrorrhagie abondante survenue le trente-quatrième jour d'une fièvre typhoïde compliquée de péritonite purulente, acquiert une grande importance, par la cause probable qui s'en détache.

Sur la muqueuse de la paroi antérieure de l'estomac, à 4 ou 5 centimètres du pylore et à un centimètre au-dessous de la petite courbure, se trouve une ulcération allongée transversalement au grand axe, à peu près parallèle à la petite courbure de 4 centimètres d'étendue, et de un centimètre et demi de haut; ses bords irréguliers forment bourrelet et sont taillés à pic. Elle intéresse les deux tuniques internes.

Une autre ulcération, arrondie comme une grosse lentille, peu profonde et taillée de même dans la muqueuse, correspond à la première sur la surface postérieure. Une autre semblable, mais plus récente, se trouve un peu à droite et au-dessous d'elle.

Partout ailleurs, la muqueuse stomacale est saine sans boursouflement autour des ulcérations; mais la desquamation épithéliale est très-prononcée dans l'œsophage, surtout au voisinage de l'estomac, et la muqueuse intestinale est comme piquetée et macérée sur une étendue de 4 centimètres environ au-dessous de la valvule pylorique.

Dans l'impossibilité d'expliquer la formation de ces ulcérations, alors que celles des plaques de Peyer étaient déjà cicatrisées, M. Millard reprend l'intestin et l'examine avec plus de soin pour en trouver la cause.

C'est alors qu'il découvre une inflammation ancienne de

l'appendice iléo-cæcal. Son embouchure dans le cæcum était épaissie, noirâtre et complétement oblitérée à une profondeur de quelques millimètres. Deux ulcérations allongées, anciennes, bordées d'un liseré noirâtre, avec amincissement et perforation des parois, se trouvaient à l'intérieur. De là, la cause manifeste de la péritonite suppurée, son explosion brusque et sa lenteur, aussi bien que les ulcérations stomacales. Il est donc indiqué d'examiner minutieusement la valvule iléo-cæcale en pareil cas. (*Soc. méd. des hôp.* et *Union méd.* n° 12.)

Lésions labyrinthiques. Aux modifications pathologiques, constatées dans l'oreille par les auteurs allemands, la plupart d'un caractère inflammatoire, Moas en a ajouté d'autres qui n'avaient pas encore été signalées. A l'autopsie de 6 typhisés, il a trouvé le labyrinthe entièrement atteint des deux côtés d'une infiltration de petites cellules lymphoïdes, avec une coloration jaunâtre de la membrane.

Les parties atteintes étaient l'utricule, l'ampoule, la lame spirale membraneuse et parfois les canaux demi-circulaires et la partie osseuse. La prolifération cellulaire, la suppuration et même la dégénérescence graisseuse furent les lésions constatées. Une inflammation purulente était distincte dans 4 cas. De même de la membrane du tympan dans un cas de scarlatine et un autre de variole. L'examen des oreilles pendant la vie de ces malades ne dévoilait rien. D'où il conclut que ces altérations résultent d'une lente inflammation d'un caractère spécifique de la membrane du tympan et celle du labyrinthe, d'autant plus que l'infiltration de celle-ci ressemble à celle de la muqueuse de l'intestin, des reins, du foie pendant la fièvre typhoïde et qui ne se rencontrent pas dans d'autres maladies. (*Archiv. of otology*, 1876.)

Bains froids. Tandis que le rapport général de M. Mollière sur l'épidémie de Lyon donnait l'année dernière une proportion de 9 pour 100 de mortalité, voici que, devant le discrédit croissant de cette méthode, l'abandon, le délaissement dans lequel elle est tombée à Lyon même, le docteur Mayet, qui s'en est constitué l'un des plus ardents promoteurs au début (Voy. *année* 1874), tente un dernier effort

pour faire revenir les praticiens de ces injustes préventions. Il a dressé à cet effet la statistique générale des cas de fièvre typhoïde terminés dans les hôpitaux de Lyon du 1er janvier 1872 au 30 septembre 1876 fixés à 1269. On va voir par ces chiffres, dégagés de toute interprétation, combien cette statistique est peu rigoureuse.

Années.	Cas.	Décès.	Proportions.
1872	181	48	26,51 p. 100.
1873	205	54	26,34 —
1874	712	80	11,22 —
1875	168	31	18,45 —
1876	104	19	18,26 —
Totaux	1370	232	17,66

Pour juger de la valeur thérapeutique de la méthode de Brand, il fallait défalquer exactement les cas où elle a été rigoureusement suivie, en en distrayant ceux où quelques bains seulement ont été donnés, et comparer ainsi avec ceux où elle n'a pas été employée du tout. Loin de là, aucune distinction n'a été faite pour les deux premières années parce que les bains n'ont été donnés qu'exceptionnellement. On confond même l'endémie avec l'épidémie : 1872 et 1873, et c'est cependant en 1873 seulement que l'épidémie, en débutant au lycée, y fit jusqu'à 15 0/0 de victimes parmi les enfants. Pour 1874, au contraire, la distinction est faite. 279 cas traités par les bains ont donné 26 décès ou 9,31 pour 100, c'est-à-dire au-dessous de la moyenne, tandis que les 433 autres ont produit 54 décès ou 12, 47 pour 100; différence d'autant plus remarquable, dit l'auteur, que les bains n'étaient administrés que dans les cas les plus graves, alors que la maladie était devenue plus bénigne.

Mais il faut remarquer aussi que la plupart de ces bains étaient donnés dans trois services spéciaux installés à cet effet; que la proportion de mortalité, de 16 pour 100 chez les hommes — 9 décès sur 55 cas — s'élevait à 20 chez les femmes — 6 morts sur 30, — tandis qu'elle n'était que de 5, 05 chez les enfants — 3 morts sur 59. — Il est évident, d'après cette énorme différence, que l'on ne doit pas confondre ceux-ci avec ceux-là, pas plus que les cas légers avec les cas graves, pour connaître la valeur réelle de ce traitement.

Même distinction en 1875, mais la mortalité augmente et, ne tenant pas compte de la différence de cette endémie

avec l'épidémie précédente, l'auteur ne manque pas de l'attribuer à la négligence, l'abandon des bains froids, alors que les médecins avaient de si bonnes raisons de ne plus soumettre leurs malades à cette méthode cruelle et dangereuse dont les résultats n'étaient pas plus avantageux que les médications ordinaires.

Aucune distinction n'est faite en 1876 entre les typhiques baignés ou non, non plus qu'entre les diverses phases de l'épidémie, dont le déclin, l'extinction sont marqués en général par une mortalité moindre qu'au début avec toutes les méthodes de traitement. (*Soc. méd. des hôp.* et *Union méd.* n° 140, 1876.)

Rien de précis ni de concluant ne ressort donc de ces chiffres, malgré les conclusions affirmatives que l'auteur en tire en faveur des bains froids répétés. Où donc sont marquées la fixité et la constance de leurs effets? Ils varient non seulement suivant les sexes et les âges, la gravité des cas, mais d'après les médecins traitants, c'est-à-dire suivant l'à-propos avec lequel ils les emploient. La proportion variable de mortalité l'indique assez. C'est ainsi que M. Chavanne, sur les 31 fièvres typhoïdes entrées dans la salle Saint-Martin, du 1er janvier au 4 octobre 1876, n'a que 2 morts sur 16 cas de gravité moyenne, traités sans bains, tandis qu'il en perd 3 sur 15 cas très-graves, traités par les bains. M. Boucaud, au contraire, sur 54 cas traités de même, n'a que 4 morts dont un de laryngite et pneumonie, au 9e jour du traitement, après 58 bains; un autre d'hémorrhagie intestinale le 4e jour, après 25 bains; le 3e, de perforation intestinale démontrée par l'autopsie, après 51 bains, et une mort subite produite par un cœur graisseux après 12 bains.

Comment conclure, d'après cela, à l'efficacité uniforme, constante, certaine, des bains froids? Qu'il y a loin de là aux prétendus succès merveilleux du début : 47 guérisons sur 47 cas. Il est vrai que M. Tripier en invoque encore de semblables : 15 cas d'une très-grande gravité, 15 guérisons! Malheureusement, il est seul aujourd'hui à obtenir ces miracles. (*Soc. des sciences méd.* et *Lyon méd.* n° 49.)

La discussion et les chiffres contradictoires qui se sont produits à Lyon se sont répercutés à Paris par la présentation de la statistique précédente à la *Société médicale des*

hôpitaux. Deux médecins, MM. Féréol et Raynaud, s'y sont pourtant seuls déclarés partisans de cette méthode et voici la statistique que le premier a invoquée en sa faveur.

Tandis qu'en 1873, la mortalité de la fièvre typhoïde à Paris, traitée sans bains froids, s'était élevée à 27 pour 100, elle est descendue aux chiffres suivants dans les années subséquentes avec l'adjonction des bains froids répétés dans les cas graves.

Années.	Cas.	Décès.	Proportions.
1874	29	7	24 p. 100
1875	41	10	24,30 —
1876	83	13	15,66 —
Totaux :	153	30	18,95

Cette proportion moyenne se rapproche beaucoup de celle de M. Mayet à Lyon quoique lui étant un peu supérieure par le fait d'un malade sorti de l'hôpital dans un état très-grave et porté ici comme mort. Elle ne s'écarte pas davantage de celle de 19, 89 obtenue par M. Jaccoud d'une statistique de 50,000 cas traités sans bains froids. Aucun avantage sensible ne ressort donc de la balnéation confondue ainsi dans la statistique générale, mais c'est le contraire si l'on en distingue les cas exclusivement traités par les bains froids.

120 de ces malades ont été observés et traités par M. Féréol, dont 38 ont été soumis aux bains froids en raison de l'élévation extrême de la température et du pouls, des phénomènes ataxiques, le délire, les contractures, les convulsions, etc.; 12 succombèrent, soit 31, 6 pour 100, proportion plus que triple de celle de la moyenne obtenue à Lyon en 1874. Des 82 autres non baignés, au contraire, seulement 10 moururent, soit 12, 19 pour 100, c'est-à-dire dans la même proportion qu'à Lyon.

Une statistique plus comparable et concluante a été invoqué par M. Peter. Sur 137 typhoïdes traités par les deux seuls médecins qui, dans les hôpitaux de Paris, aient employé les bains froids dans les cas les plus propres à cette médication, il y a eu 21 morts, soit 15, 32 pour 100, tandis que sur 175 typhoïdes traités dans les mêmes conditions par MM. Desnos, Peter et Mesnet, sans ces bains, il n'y a eu que 24 morts, soit 13, 70 p. 100

Cette comparaison est loin d'être favorable à l'action des bains froids. Elle montre que rien n'est plus variable, comme déjà les statistiques des Allemands l'avaient prouvé. On ne peut donc pas compter sur leur efficacité pour changer un cas grave en cas simple. Au contraire, il est résulté de l'examen des faits particuliers que ces bains peuvent provoquer des complications graves, mortelles.

L'hémorrhagie viscérale paraît la plus à craindre par la réfrigération rapide du bain. Le sang, chassé des capillaires superficiels qui se contractent énergiquement sous l'action du froid, reflue nécessairement vers les organes profonds où l'on doit redouter *à priori* des hémorrhagies ou tout au moins des congestions et des phlegmasies plus ou moins étendues. Et elles sont d'autant plus à craindre que la maladie y prédispose les organes et que les modifications bien connues du sang ou les altérations des parois vasculaires peuvent les produire plus facilement.

De l'aveu de MM. Féréol et Raynaud, et comme le professeur Biermer l'avait reconnu, les épistaxis et les hémorrhagies intestinales ont paru plus nombreuses et entraîner une mortalité plus élevée pendant l'épidémie de Paris à la suite des bains que par le traitement ordinaire. On pourrait, il est vrai, les attribuer à la forme abdominale de cette épidémie, car la péritonite en fut une fréquente complication, comme l'ont observé plusieurs médecins des hôpitaux. Mais, d'après M. Boucaud, si l'hémorrhagie intestinale n'a pas été plus fréquente à Lyon, elle a pris une gravité souvent mortelle après les bains froids. Les statistiques de Brand démontrent d'ailleurs leur gravité, car la mortalité des malades qui en ont présenté est de 50 pour 100. N'est-ce pas là une preuve, comme le remarque M. Moutard Martin, qu'elles sont provoquées souvent et toujours aggravées par la réfrigération, puisque Louis, Graves, Trousseau et tant d'autres cliniciens éminents, considéraient ce phénomène d'un favorable augure lorsqu'il survenait naturellement et que les pertes de sang n'étaient pas très-abondantes comme c'est ordinairement le cas.

Telle est encore l'hémoptysie qui ne peut être attribuée, suivant M. Moutard Martin, qu'à la réfrigération excessive, car elle ne s'observe presque jamais autrement. 7 malades en ont ainsi été pris soudainement dans le service de

M. Féréol. Les congestions pulmonaires en sont d'ailleurs reconnues comme le plus grave écueil. M. Raynaud en distingue jusqu'à trois espèces en dehors de la bronchite : la congestion lobaire, l'atélectasie et la pneumonie. Ce sont donc là des griefs sérieux contre ce procédé de traitement.

Tout en reconnaissant l'utilité de l'hydrothérapie pour combattre la chaleur excessive de la peau, tempérer la fièvre et sidérer le système nerveux, M. Moissenet préfère l'emploi de simples lotions froides, d'une application facile, sans danger, et parfois aussi avantageuses. Le typhique les redemande, tandis qu'il redoute le plus souvent une nouvelle immersion. (*Union méd.* n°s 142 et 143.)

On a cité aussi des pleurésies doubles et des congestions rénales graves produites par la réfrigération, congestion amenant l'albuminurie et la maladie de Bright.

3 typhisés étant morts par le larynx sur les 5 qu'il a perdus à la suite des bains froids, M. Libermann croit qu'il est prudent de ne pas y recourir dans les complications ulcéreuses du larynx, ni chez les typhisés dont la muqueuse laryngienne témoignerait d'une impressionnabilité particulière au froid, se traduisant par de la congestion du larynx et de la dysphonie passagère. (*Soc. méd. des hôp.* décembre 1876 et *Union méd.* n° 22.)

Un accident beaucoup plus grave serait la syncope dont M. Peter a relevé 5 cas. Trois fois les malades ont succombé pendant le bain par suite de l'ébranlement violent causé par l'immersion. Ce genre de mort est tout à fait exceptionnel dans la fièvre typhoïde. Mais la remarque avait déjà été faite que les cardiopathes supportaient mal le bain froid dans ces cas. M. Bernheim recommande même de n'y pas soumettre les typhisés excessivement faibles et qui ont surtout une grande faiblesse cardiaque. Il y a donc doublement à tenir compte de cette contre-indication.

D'autres accidents bizarres et moins explicables sont les crampes, les douleurs violentes, atroces, dans la continuité des membres, signalées par M. Mollière dans son rapport. Elles ont persisté après la guérison dans un cas, un autre malade fut atteint de cyanose, et un panaris gangréneux se déclara chez un troisième avec élimination d'une phalange et phlegmon du bras.

Peu de règles pratiques sont à déduire de ces statistiques

et de ces observations. Les résultats en sont trop variés et contradictoires pour en tirer des conclusions. En dehors de ce grand fait : que le bain froid abaisse momentanément la température de 1 à 2°, il n'y a rien de fixe. Ce ne sont qu'interprétations différentes et des opinions personnelles se réfutant souvent les unes les autres. N'étant pas d'accord sur les indications du bain froid, celui-ci le prescrit où un autre le proscrit. Considéré comme exclusivement hypothermique, réfrigérant, par le plus grand nombre, comme perturbateur et sédatif du système nerveux par quelques uns, comme révulsif par d'autres, ce moyen est si effrayant et si redoutable que la plupart ne l'appliquent pas dans toute sa rigueur. De là vos insuccès, disent les partisans convaincus de Brand, votre proportion élevée de mortalité et le discrédit de la méthode. — Vous faites naître des complications, répondent les autres, en l'employant trop souvent et sans nécessité. — Ces complications ne sont que l'effet de la maladie, ajoutent ceux-ci. M. Féréol attribue ainsi les hémoptysies observées à la constitution épidémique de 1876 et cependant il suspend la réfrigération dès que surviennent les complications pulmonaires et dit s'en bien trouver, ainsi que M. Mayet. Il vante son efficacité contre l'ataxie, le délire en particulier, et pourtant il avoue son impuissance radicale dans cinq cas mortels, ainsi que contre l'extrême fréquence du pouls. Il va même jusqu'à admettre une prédisposition héréditaire pour expliquer la gravité de certains cas et la mort malgré le bain froid. N'est-ce pas l'aveu de son impuissance dans les cas graves de cette pyrexie redoutable dont l'hyperthermie n'est qu'uue manifestation.

A cette opposition, ces critiques de MM. Peter et Ferrand, fondées sur un vitalisme peut-être excessif, M. Libermann, qui, le premier à Paris, a appliqué la méthode de Brand, répond par des argumentations puisées dans un mécanicisme exagéré et des chiffres empruntés à Brand lui-même dans son dernier et récent ouvrage sur ce sujet. Pour lui, l'hyperthermie aggrave la dothiénentérie en paralysant plus ou moins le cœur, d'où résulte l'hypostase et les œdèmes du poumon, et eu congestionnant le système nerveux.

La première se démontre avec une précision mathématique par l'accélération des battements du cœur et le dicro-

tisme du pouls qui diminuent ou cessent momentanément par l'action du bain froid et qui reparaissent dès que l'action réfrigérante en est épuisée. Le second effet se dévoile par le délire spécial à l'hyperthermie, caractérisé par un trouble graduel et persistant de la mussitation, de la somnolence ou de l'agitation, et auquel l'adynamie succède avec perte de connaissance et de réaction. Bien différent de celui de l'empoisonnement typhique qui se distingue par la céphalalgie, l'insomnie, les rêvasseries nocturnes, l'apathie ayant lieu dès le début et même sans fièvre, celui-ci n'arrive que dans la seconde semaine jusqu'à la quatrième. Or, ce délire disparaît comme le pouls dicrote par l'effet du bain.

Les fuliginosités des lèvres, des dents, de la bouche et du nez, qui provoquent l'anorexie et le dégoût, sont encore un résultat de l'hyperthermie et se dissipent rapidement par le bain. Si ce signe ne fait pas la gravité de la fièvre typhoïde, il y contribue donc considérablement.

Tout s'explique et se distingue ainsi, suivant les auteurs allemands. Le bain froid amène un abaissement mathématique de la température et, en amoindrissant l'influence délétère de la fièvre sur le cœur et le cerveau, il augmente l'impulsion cardiaque et les mouvements respiratoires, facilite l'expectoration et prévient ainsi les broncho-pneumonies hypostatiques. C'est un mécanisme tout simple. Quant aux faits contradictoires que leur oppose la clinique, ce sont des exceptions dues à l'idiosyncrasie, à la constitution individuelle qui confirment la règle. Telle est leur réponse.

M. Libermann triomphe même en opposant, aux rares faits cliniques invoqués par les médecins français pour prouver les dangers des bains froids, les statistiques presque fabuleuses des médecins allemands. D'après eux, l'hémoptysie pas plus que les hémorrhagies intestinales, la syncope même, ne sont aussi fréquentes ni mortelles dans les cas traités par les bains froids que par les moyens ordinaires. Et tout en admettant que des erreurs de diagnostic peuvent bien s'être glissées dans ces milliers de cas, l'auteur y voit la preuve que les accusations françaises ne sont pas fondées. (*Idem* et *Union méd.* nos 118, 120, 123 et 124.)

Il serait superflu de reproduire ces chiffres puisés dans

l'ouvrage même de Brand où on les trouvera. Quand tant de cas sont soumis ainsi à un seul moyen thérapeutique, c'est que la distinction clinique et l'indication précise n'en ont pas toujours été faites pour son emploi. La vérité ne saurait se trouver où règne l'esprit de système.

Die Wasserbehandlung des typhoesen fieber, par le docteur E. Brand, de Stettin, un vol. de 338 pages; Tubingue, 1877. Les statistiques portent sur 8,141 malades traités par les bains froids, d'où résulte une mortalité de 7 0/0 seulement, proportion bien supérieure à celle qui avait été annoncée et cependant bien au-dessous de la réalité.

Du traitement de la fièvre typhoïde par les applications froides, par Auguste Jansen, médecin militaire; brochure in-8 de 23 pages. Gand, 1876.

Résumé historique exact et complet de la question, mais beaucoup trop sommaire, sans examen ni critique. C'est un index qui peut servir à des recherches plus étendues.

Médication salicylique. C'est surtout contre la fièvre typhoïde qu'elle a été préconisée comme antiseptique et antipyrétique. Buss le premier a fait des expériences comparatives avec 2 grammes de quinine et 4 à 8 grammes de salicylate de soude et l'avantage resta à ce dernier. Un abaissement de 2 à 3° de température fut signalé, mais qui peut être rapporté en partie à l'action des bains employés.

Riess prescrivit le salicylate de soude à 260 typhoïques en 1875, pendant l'épidémie de Berlin, et prétend en avoir obtenu le même abaissement de température et une moindre durée de la fièvre, mais il n'en a pas moins eu une mortalité de 24 pour 100. C'est donc un résultat désastreux. Goltdammer en a traité 56 cas avec l'acide salicylique et le salicylate de soude à la dose de 5 grammes par jour et il avance aussi que la défervescence en a toujours été très-marquée, surtout dans les stades avancés de la maladie. C'est conjointement avec les bains froids que Fischer a employé ce dernier sel dans 52 cas. Leonardi Aster en a traité 69 sans grand succès, car la mortalité s'élève à 13 pour 100. Moeli eut 5 morts sur 34 typhoïques à la clinique de Rostock, tandis que le sulfate de quinine et les bains tièdes

administrés sur 85 malades n'ont donné que 4 décès. Sur 100 cas, Ewald constata, à la clinique de Frerichs, une légère réfrigération le soir. Mais, ici comme à Rostock, la mortalité fut considérable. Wunderlich n'en obtint que des résultats transitoires, de même qu'à la clinique de Munich et absolument nuls à l'hôpital de Heidelberg. Comment alors fonder le moindre espoir sur une médication dont les résultats sont si incertains et contradictoires ?

L'action diurétique de l'acide salicylique, constatée dans l'état de santé par Schulze et Aster, l'avait fait employer non-seulement pour tuer les ferments contenus dans l'intestin, mais pour favoriser l'excrétion des produits de dénutrition si abondants dans la fièvre typhoïde. Sous son influence, ils avaient vu soi-disant l'urine s'élever de 2400 à 2500 grammes dans les vingt-quatre heures, en même temps que sa densité s'abaissait de 1020 à 1005. Mais le contraire a été constaté par M. A. Robin. A la dose de 5 à 8 grammes par jour, cet acide a fait tomber la quantité journalière de l'urine de 1300 à 800 grammes, tandis que la densité augmentait en plus grande proportion, soit de 1029 à 1044. La quantité des résidus organiques est presque doublée, l'indican en particulier. (*Soc de biol.* janvier.)

Il est démontré aujourd'hui que cet acide, comme les salicylates, celui de soude en particulier, tout en s'éliminant très-rapidement par les urines, n'a rien de diurétique, à moins qu'on ne le fasse absorber dans de grandes quantités de véhicule.

Un cas relaté par le docteur Murchison, chez un laboureur de 20 ans, est parfaitement d'accord avec cette observation. A la dose de 20 à 30 grains toutes les deux heures, il a abaissé la température, mais bientôt des symptômes cérébraux graves apparurent : Surdité, hébétude, puis délire violent, coïncidant avec l'anurie pendant 24 heures. Quelques onces d'urine, retirés avec le cathéter, contenaient un quart d'albumine avec des débris épithéliaux et de l'acide salicylique. L'urine reparut abondante après la cessation de celui-ci, tout en contenant encore de l'albumine et de l'acide. Les symptômes sont donc attribués à la suppression de l'urine et à l'élimination des produits nitrogènes du sang sous l'influence du salicylate. En diminuant la température, il donne lieu à des accidents qui ne permettent pas d'en

continuer l'usage, et la fièvre reprend ainsi son cours. (*Clinical Soc.* 25 mai.)

Cette action congestive du salicylate sur les reins est si marquée, que, d'après certains auteurs, les urines fébriles et même ictériques deviendraient claires par son usage. Des néphrites aiguës avec cylindres épithéliaux dans l'urine en sont résultés et jusqu'à une hématurie violente qui dura dix jours. Un médecin suédois l'ayant donné dans les formes pyrexiques en a observé une néphrite aiguë. (*Lancet*, n° 24.)

Ces résultats contre-indiquent donc l'emploi de cette médication dans la fièvre typhoïde. Comment y recourir quand on l'a vue déterminer des vomissements, la diarrhée et d'autres troubles intestinaux observés constamment par M. Gubler? On peut même craindre de voir les hémorrhagies intestinales apparaître. Fischer, de Dresde, en observa quatre fois dont deux mortelles. On a aussi rencontré des ulcérations intestinales.

Dans quatre cas observés à Londres par le docteur Weber, dont trois graves chez de jeunes adultes, 40 grains de salicylate de soude, trois à quatre fois par jour, ont amené un abaissement de 1 à 2° 1/2 de la température avec diminution du pouls. D'intolérables nausées, des vomissements et une prostration considérable empêchèrent d'en continuer l'usage. La fièvre augmenta ensuite et un cas fut mortel. (*Clinical Soc.* janvier et *Lancet*, n° 3.)

Les faits observés en Angleterre éclairent ainsi ceux venant d'Allemagne. Ils sont plus concluants en montrant sa nullité d'action sur la fièvre typhoïde. Des essais récents tentés en France, ceux de M. Guéneau de Mussy seuls semblent favorables, ce qui peut bien tenir encore à son mode particulier d'administration comme dans le rhumatisme. Il donne ainsi un ou deux grammes d'acide salicylique par jour, dans un ou deux pots de solution de gomme à l'aide de 10 à 20 grammes d'eau-de-vie, avec addition de suc de citron. Sur 27 typhiques ainsi traités, un seul est mort, malgré la gravité des autres; ce qu'il attribue aux petites doses d'acide employées, préférables dans ce cas aux doses élevées de salicylate qui le rendent intolérable.

2 grammes de salicylate dans une limonade, donnés par M. Moutard-Martin à deux femmes atteintes de fièvre

typhoïde adynamique, n'ont produit aucun effet physiologique appréciable. (*Soc. de thérap.* décembre 1876.)

En général, son action, à haute dose, se borne à une défervescence transitoire. Sur 12 typhisés, M. Sée ne l'a jamais vue être durable. Chez deux de ces malades, le thermomètre s'abaissa de 39 à 38, mais il était survenu en même temps un délire persistant qui ne cessa que par suppression du traitement et la chaleur remonta à 40. Toutes ces observations sont donc entièrement défavorables à cette médication. Tout en admettant très-explicitement sa propriété antipyrétique, M. Oulmont n'en confesse pas moins son inefficacité contre la fièvre typhoïde. Donné à la dose de 4 grammes dans 10 cas, il a obtenu dans 8 une défervescence évidente, mais peu durable, sans que le fond de la maladie en ait paru modifié, pas plus que contre la pneumonie et l'érysipèle. (*Acad. de méd.* juin et juillet.)

C'est le contraire pour M. de Cérenville. Il amène, à dose massive, un abaissement considérable de température dans les sept dixièmes des cas et persistant jusqu'à vingt-quatre heures. S'il n'abrége pas la durée de la maladie, il la modère. 5 grammes de salicylate de soude ont ainsi abaissé la température à 35°. Combiné avec un grand bain à 30°, lorsque le malade transpire à grosses gouttes, il a un excellent effet. Une transpiration abondante est indispensable à son action antipyrétique, mais il produit parfois du collapsus. (*Soc. vaudoise de médecine.*)

Belladone. Considérant qu'elle a une action hypnotique et sédative sur le cerveau et la moelle, une action stimulante énergique sur le grand sympathique, et une influence tonique sur les capillaires qui rend la circulation plus uniforme et rapide, M. J. Harley l'a administrée dans la fièvre typhoïde. Il en donne 15 minimes ou gouttes du suc, toutes les 4 à 6 heures, pour entretenir un atropisme modéré utile. Le délire en est ainsi plutôt diminué qu'augmenté.

La congestion rénale et l'albuminurie, qui surviennent assez souvent dans la fièvre typhoïde comme dans la scarlatine, sont ainsi prévenues ou guéries, car toute l'atropine introduite dans le corps est éliminée sans changement par les reins. Une circulation active en résulte dans ces organes.

Dans 28 observations rapportées en détail, on a noté la

diminution uniforme du pouls et de la température, par un effet tonique et sédatif sur le cœur et les vaisseaux ; mais un effet contraire, opposé, se manifeste après la fièvre si l'on en continue l'usage.

Le délire n'a augmenté que dans trois ou quatre cas. L'insomnie est généralement diminuée. Un de ses effets les plus remarquables est de rendre la langue humide, alors qu'elle est sèche et raccornie, malgré la gravité des symptômes généraux. Aucun effet sur la peau n'a été observé, non plus que sur l'intestin. La diarrhée en est peu influencée en bien ainsi que la tendance aux hémorrhagies.

Le foie semble mieux fonctionner que dans les cas traités autrement par la coloration brun jaunâtre des fèces, des vomissements bilieux vers la troisième semaine, la cessation précoce de la diarrhée et des fèces solides et normales.

En résumé, sur 228 cas de fièvres typhoïdes chez des sujets de 18 ans en moyenne, dont la moitié chez des femmes, traités au *London fever hospital,* de novembre 1869 en novembre 1871, il y a eu 28 morts dont 4 étaient moribonds à l'entrée, tandis que sur 131 cas traités simultanément dans le même hôpital par d'autres médications, la mortalité fut de 15, 26 0/0 dont 3 décès survenus le premier jour de l'entrée. La différence est donc de plus de 3 0/0. (*Saint Thomas hospital reports.)*

Essai d'urologie clinique, appliquée spécialement à la fièvre typhoïde, un volume de 260 pages in-8, par Albert Robin, thèse inaugurale de doctorat, Paris 1877.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que des recherches sur l'urine des typhoïques ont été faites pour constater la nature et la gravité de la maladie ; mais ayant eu lieu à un point de vue différent et les méthodes d'analyse s'étant perfectionnées, il n'est souvent pas possible de les comparer avec celles qui se font actuellement.

Celles de l'auteur ont eu pour but de constater la présence de l'urée comme signe clinique de la fièvre typhoïde et de sa gravité. Becquerel, dont les recherches remontent à 1841, concluait à sa diminution et à l'augmentation de la densité de l'urine, de même que Lhéritier. Mais d'autres observations subséquentes, faites en Allemagne et en Angleterre, démontrent, au contraire, que la quantité d'urée éli-

minée journellement peut être considérable et varier de 39 à 78 grammes par jour. C'est dans ce sens que son augmentation fut considérée comme proportionnelle à la gravité de la fièvre, c'est-à-dire à l'élévation de la température. « Il reste démontré, dit le professeur Hirtz, que, pendant toute la durée de la fièvre, l'urine et ses produits similaires augmentent proportionnellement à l'intensité de la chaleur fébrile. »

Or, c'est précisément à des conclusions diamétralement opposées que M. A. Robin est arrivé. « Rien n'est plus variable, dit-il, que l'urée dans la fièvre typhoïde. Des dosages pratiqués journellement dans vingt cas différents m'ont donné des chiffres si écartés qu'il est difficile de les catégoriser. Je n'ai trouvé que deux fois les quantités journalières de 42 à 44 grammes ; les taux de 32 à 38 grammes sont même rares et les moyennes vraies oscillent entre 8 et 32 grammes.

Cette quantité varie selon les périodes de la maladie. A la période d'état, il y a une légère diminution, surtout dans les cas graves. Elle reste à peu près de même pendant la période de défervescence dans les cas graves, mais elle s'abaisse d'un cinquième environ dans les cas bénins, de même que durant la convalescence. Ces variations n'ont aucun rapport avec l'élévation de la température comme il en fournit des exemples. Une élévation thermique n'entraîne nullement une exagération de l'urée. Celle-ci ne dépend donc pas de celle-là comme on le croyait. Les matières organiques seules subissent une augmentation à peu près constante dans la fièvre et sont en relation directe avec son intensité.

C'est dans ces constatations mathématiques, où l'on pensait trouver le secret et la raison de la maladie plus facilement que dans les signes objectifs, qu'il se manifeste ainsi des contradictions inexplicables. L'auteur n'en croit pas moins fermement à la supériorité de cette méthode, comme le prouve l'étendue de ses recherches et une hauteur de vues inconnue jusqu'ici. Mais l'abstraction est portée si loin sur ce terrain des chiffres qu'il est difficile de suivre l'auteur dans ses aspirations et de le comprendre dans ses déductions.

Recherches historiques et critiques sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde, par le docteur N. Guéneau de Mussy. Plaidoyer en faveur de l'infection par les matières fécales des malades, leur infiltration dans les puits, les ci-

ternes, et leur émanation par les fosses d'aisance et les bouches d'égout. Il s'appuie presque exclusivement sur les travaux anglais de Murchison et Budd, sur le même sujet, et ne cite que quelques observations d'épidémies françaises avec les erreurs de date, de lieux, de noms et jusqu'aux fautes d'orthographe de ces auteurs. Mal fondé ainsi à reprocher à M. Jaccoud de ne s'être servi que des observations allemandes dans sa statistique, il en a été rudement puni par l'analyse des défauts et de l'inexactitude des siennes.

Aperçu de la théorie du germe contage et de l'application de cette théorie à l'étiologie de la fièvre typhoïde; considérations sur les moyens prophylactiques, par le docteur Henri Guéneau de Mussy; broch. in-8° de 56 pages, Paris, librairie *Germer Baillière.*

C'est l'introduction à la traduction française du *Traité de la fièvre typhoïde* par le docteur Murchison. Faite par le médecin de la famille d'Orléans qui s'est identifié pendant de longues années avec la littérature médicale anglaise, elle porte le cachet exact de celle-ci. C'est l'expression des idées anglaises, surtout quant à la nouvelle théorie étiologique parasitaire des fièvres continues ou zymotiques de la Grande-Bretagne. On y trouve en résumé les expériences et les faits les plus concluants en ce qui concerne la découverte de la bactéridie du charbon et de la septicémie, de la spirille de la fièvre à rechutes ou *relapsing fever* et du micrococcus de la fièvre typhoïde, tels qu'ils ont été découverts par Davaine, Pasteur en France, Cohn, Koch, Obermeier en Allemagne, Klein en Angleterre, Heydenreick en Russie. Ajoutez à cela les expériences générales de Chauveau, Coze et Feltz, Tyndall, Roberts, avec les témoignages pour et contre cette doctrine des savants les plus autorisés, et vous aurez le contenu de cette préface. L'analyse de l'ouvrage si ingénieux du docteur Maclagan pour expliquer tous les phénomènes de la fièvre typhoïde par le parasite mérite surtout une mention spéciale.

En soutenant l'origine fécale de la fièvre typhoïde par le germe contage, comme il en rapporte de nouveaux exemples, l'auteur préconise l'isolement des malades, la désinfection des habitations et l'assainissement des centres de population pour s'en prémunir; mais c'est surtout à la déclaration

obligatoire des premiers cas constatés et à une sévère et rigoureuse enquête des causes qui les ont développés qu'il accorde le plus d'efficacité pour les vaincre dans leur source.

L'origine anglaise de ce travail se décèle autant par le fond que par la forme, la facture. C'en sont les longues périodes de plus d'une page avec les faits à profusion. Il en a même le style et de trop fréquentes fautes de français. Il est cependant à lire, car il offre en compensation des détails très-intéressants sur la théorie parasitaire des fièvres qui ne se rencontrent pas dans nos classiques.

De la coexistence des fièvres éruptives entre elles et avec la fièvre typhoïde chez le même individu. Thèse inaugurale par le docteur Bez, Paris, 1877. Réfutation, par de nombreux exemples collectés dans les auteurs, de l'incompatibilité, proclamée par Hunter, Trousseau et Grisolle, des fièvres entre elles. Ce n'est pas deux, mais trois exanthèmes qui peuvent coexister simultanément sur le même individu, la rougeole, la scarlatine avec le pemphigus aigu comme avec la fièvre typhoïde.

Fièvres intermittentes paludéennes. *Complication d'asphyxie locale des extrémités.* La cachexie paludéenne, une des plus graves, donne souvent lieu à une foule de complications diverses. L'asphyxie locale des extrémités, tout récemment découverte et non encore observée, vient de l'être par M. Calmettes, chez une femme atteinte de cachexie paludéenne. L'influence de la moindre cause, comme l'exposition des mains à l'air froid et surtout l'aspersion d'eau froide sur un point quelconque du corps, suffisait à reproduire les accès de douleur des extrémités qui duraient de 30 à 50 minutes. Des accès fébriles avec les trois stades marqués survenaient aussi fréquemment. Dès que le frisson commençait, les extrémités étaient moites avec une température au-dessus de la normale. Le frisson fini et la chaleur générale y faisant suite, les extrémités, au contraire, devenaient le siége des phénomènes de syncope et d'asphyxie. Il y avait alternance entre le frisson de la fièvre et le spasme des artères des extrémités qui est la caractéristique de l'affection décrite par M. Raynaud. (*Gaz. méd. de Paris*, nº 44, 1876.)

Il faudra donc tenir compte à l'avenir de cette complication et observer si elle ne dépend pas de l'état constitutionnel des malades ou d'une forme spéciale de la cachexie palustre.

Médication salicylique. Elle n'a donné que des résultats variés et contestables entre les mains des médecins allemands. En cessant un jour ou deux, la fièvre ne tardait pas à revenir et ne disparaissait le plus souvent qu'avec le sulfate de quinine.

M. Sée a mis cette médication à l'épreuve dans deux cas. Une fièvre intermittente quotidienne, contractée depuis deux ans en Sologne, était réfractaire au sulfate de quinine; il donna le salicylate de soude à 10 grammes sans modifier en rien les accès.

Un mécanicien ayant vécu trois ans en Roumanie, y avait pris la fièvre tierce. Rentré en France, il ne guérit ni par le sulfate de quinine, ni par le salicylate de soude. Un cas de fièvre tierce contractée en Sologne y résista de même. On ne peut donc pas compter sur ce sel comme antipériodique. (*Acad. de méd.* juin.)

Le professeur Bernheim de Nancy n'a pas été plus heureux, même avec le salicylate de quinine.

Salicylate de quinine. Connu depuis deux ans, ce sel contient 7/10 de quinine et constitue un corps bien défini, stable, mais peu soluble dans l'eau ; il l'est davantage dans l'alcool.

Employé comme antipyrétique par Graham Brown à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes, soit dans du pain azyme ou une potion gommeuse, soit en lavement. Son action se manifeste, une heure après, par l'abaissement du pouls et de la température, du bien-être et le sommeil. Il n'est pas suivi d'abondantes transpirations, et ne provoque ni surdité, ni bourdonnements d'oreilles, ni vomissements.

On en constate facilement le passage dans l'urine par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer qui donnent lieu à une belle couleur pourpre.

Son action antiseptique est prouvée par la suppression des mouvements amiboïdes des cellules lorsqu'elles sont mises en contact avec ce sel. (*Edinb. med. journal*, novembre 1876.)

A la dose de 40 centigrammes en pilules ou en poudre, M. Sée l'a donné contre des accès rebelles au sulfate de quinine et au salicylate de soude. Dès le premier jour, les accès disparurent où des doses considérables de quinine avaient échoué. Mais il faut en continuer l'usage assez long temps, soit douze à quinze jours, pour prévenir les récidives.

Des accès irréguliers de fièvre paludéenne ont pourtant été rebelles à ce médicament, ainsi que des intermittences symptomatiques. Senator a éprouvé les mêmes insuccès et rien ne prouve qu'il soit supérieur à une dose équivalente de quinine. Il ne mérite donc que bien rarement de lui être substitué. (*Acad. de méd.* juin.)

Injections hypodermiques de bromhydrate de quinine. Elles conviennent spécialement aux fébricitants dont l'estomac tolère mal le quinine ou aux enfants qui refusent de l'avaler. L'action sédative et hypnotique de ce sel rend ces injections particulièrement efficaces chez les personnes nerveuses, dont les accès sont accompagnés de délire et d'agitation. Voici la formule du bromhydrate acide employé par le docteur Dardenne de Maurice et qui est aussi inoffensif que le bromhydrate neutre de M. Gubler.

℞ Bromhydrate acide de quinine........	1 gramme.
Acide sulfurique dilué..................	6 gouttes.
ou acide tartrique, 50 centigr.	
Eau distillée..........................	10 grammes.

Mêlez.

20 à 40 centigrammes de cette solution limpide guérissent rapidement les diverses manifestations intermittentes de l'impaludisme. On peut aller jusqu'à 90 centigrammes sans qu'aucun accident inflammatoire n'en résulte, sauf un petit nodule. (*Journ. de thérap.* n° 9.)

Fièvre continue paludéenne ou périsplénite. Il existe en Roumanie, sur les rives du Bas-Danube, dans les vallées marécageuses, et notamment à Bucharest, une fièvre continue très-fréquente, simulant la fièvre typhoïde et qui est souvent confondue avec elle, tandis que ce n'est qu'une périsplénite paludéenne, comme le montre l'autopsie. Sur une moyenne annuelle de 1,242 malades observés par le docteur Obédenarc à l'hôpital de Bucharest, pendant sept

années consécutives, 800 en étaient affectés, comme 60 autopsies l'ont démontré. En voici les symptômes.

Le malade est dans le décubitus dorsal, morne, abattu, avec une expression de langueur, d'hébétude et même de stupeur. Légère teinte ictérique. Pouls jusqu'à 140, température de 40° sous l'aisselle avec des exacerbations le soir et la nuit, et une courte rémission le matin. Il y a alors refroidissement du nez et des extrémités. Langue sèche, rouge sur les bords et à la pointe, inappétence, ventre ballonné, douloureux partout à la pression, surtout dans l'hypochondre gauche où les malades éprouvent des douleurs parfois si violentes qu'ils y portent les mains pour comprimer cette région. Selles souvent liquides et fétides. Adynamie, vertiges et même léger délire chez les enfants et les adolescents.

On comprend que cet appareil puisse en imposer pour la fièvre typhoïde pour le médecin qui n'est pas prévenu, surtout chez les jeunes gens de 17 à 20 ans. De nombreux soldats français ont été victimes de cette erreur dans la Dobrudja, lors de la guerre de la Crimée. En août et septembre 1854, dit M. Lévy dans son *Traité d'hygiène*, nous avons observé, sur le littoral de la Bulgarie, un grand nombre de cas analogues qui auraient pu en imposer pour le typhus ictérode, sans le succès significatif de la médication quininée. M. Fauvel a vu céder au même moyen des affections qu'il a observées à Silistrie et à Choumla et qu'au premier abord il prenait lui-même pour des typhus ictérodes.

Des différences très-marquées existent cependant. Dans la majorité des cas, les malades accusent avoir eu le typhus, c'est-à-dire des accès intermittents, deux ou trois fois déjà, à un, deux ou trois ans d'intervalle. La différence bien tranchée entre la douleur légère que l'on détermine en pressant dans la fosse iliaque droite et la douleur très-marquée que l'on développe dans l'hypochondre gauche, jointe au développement de la rate, suffit à faire éviter l'erreur. Telle est l'intensité de l'inflammation locale que parfois l'oreille, appliquée sur cette région, perçoit un bruit de frottement comme dans la pleurésie. La périsplénite fut ainsi prise pour une pleurésie, chez un garçon de 14 ans traité en ville. On appliqua un vésicatoire volant, qui fit beaucoup de bien, et la quinine fit ensuite les frais de la guérison à l'hôpital.

La rémission intermittente des accès et l'absence de taches lenticulaires, d'épistaxis, aussi bien que le succès du sulfate de quinine, confirment cette distinction.

Nombre de malades, pris pour des typhiques, peu ou point traités chez eux, viennent ainsi succomber à l'hôpital. La mortalité a oscillé entre 6 et 7 pour 100. Sur 8 décès, il y en avait un de périsplénite plus ou moins ancienne. Voici les lésions constatées.

La capsule de la rate est hyperémiée, épaissie, couverte de fausses membranes s'étendant de la rate au côlon et à l'estomac, adhérentes au diaphragme et même à la paroi abdominale lorsque l'organe est très-développé. Molles au début, comme celles de la pleurésie, ces néo-membranes deviennent très-fortes, résistantes, au point de ne pouvoir se rompre avec le doigt; il faut recourir à l'instrument tranchant. Les cloisons celluleuses de la rate sont hyperplasiées. Le tissu splénique est plus ferme et a parfois la consistance de la viande cuite, au point de ne pouvoir y enfoncer le doigt, comme s'il était *lardé* d'un tissu de coton.

La capsule est si épaissie en certains points qu'elle cache le tissu de l'organe; des plaques, des traînées d'un blanc bleu ou grisâtre s'y observent aussi, comme le résultat d'une inflammation intense, prolongée, et d'accès répétés. De là une véritable péritonite locale, les douleurs et le ballonnement du ventre ainsi que le bruit de frottement.

Le meilleur traitement consiste dans l'emploi de la quinine. C'est ainsi qu'en croyant le diriger contre la fièvre typhoïde, comme cela est fréquent, on agit réellement contre la fièvre paludéenne, mais les doses en sont le plus souvent trop faibles. Il faut aussi y ajouter l'usage des vésicatoires sur la rate. Des quarts de lavements deux fois par jour avec une décoction de quinquina, après avoir préalablement vidé le gros intestin avec un grand lavement, réussissent bien aussi quand il y a ballonnement du ventre et selles fétides. On peut y ajouter 4 à 5 gouttes de laudanum pour mieux les faire supporter. (*Gaz. hebd.* n° 15.)

Accès intermittents avec ictère par lithiase biliaire. L'intermittence des coliques hépatiques causées par des calculs biliaires, en déterminant de la fièvre, peut simuler de véritables accès intermittents. C'est ainsi que chez un

homme de 68 ans, observé par le docteur Fumero, pris six mois auparavant de crampes d'estomac et de vomissements alimentaires suivis d'une abondante hématémèse, une violente colique hépatique éclata suivie d'un accès de fièvre et d'ictère. Tous les 4 à 6 jours, un accès semblable se reproduisait. L'administration du sulfate de quinine les fit d'abord cesser. Trois mois après, les coliques reparurent ainsi que les accès. Ceux-ci survenaient même seuls parfois, débutant par le frisson suivi d'une température de 39 à 40° et finissant par des sueurs profuses. Les urines devenaient ensuite ictériques avec coloration jaune verdâtre de la peau et des conjonctives. Le sulfate de quinine resta sans action. Les coliques augmentèrent de fréquence et d'intensité ; le malade dépérit et tomba dans le marasme. Il succomba dans le délire et les convulsions.

L'autopsie montra l'estomac dilaté, muqueuse tuméfiée sans lésion expliquant l'hématémèse apparue un an auparavant. Foie de 1,830 grammes, lisse, vert foncé, un peu mou. Vésicule fusiforme, remplie de calculs ainsi que dans les canaux cystique, hépatique et cholédoque. (*Gaz. clin. di Bologna*, 1876.)

Fièvre testiculaire. L'orchite dite métastatique, consécutive aux oreillons, est ainsi transformée en une fièvre essentielle, par M. Sorel, à l'exemple de son maître M. Léon Colin. Il la classe à côté des fièvres éruptives, la rougeole, la varioloïde et surtout l'érysipèle, parce que, comme lui, elle se présente à l'état épidémique limité, avec une légère contagiosité, variable suivant les lieux. Elle existe souvent, dit-il, sans frisson, mais avec anorexie, soif, abattement; rarement céphalalgie et vomissements. La température s'élève rarement à 40 degrés. (*Rec. de méd. et ph. militaires.*)

Est-ce à dire que le développement des oreillons ne puisse à lui seul déterminer cet appareil fébrile? Et si son intensité, très-variable, est toujours proportionnée au développement de la glande, surtout en tenant compte de l'âge et de la constitution des malades, pourquoi donc ne pas la rapporter à cette adénite? Une preuve qu'elle en dépend, c'est qu'elle se prolonge et augmente même quand l'orchite y succède et qu'elle est d'autant plus intense que celle-ci est simple ou double. Tenir exclusivement compte d'un phénomène aussi

éphémère que la fièvre, la température, sans voir un engorgement progressif, douloureux, décroissant comme les oreillons ou l'orchite consécutive, c'est montrer un esprit systématique plus que clinique et s'exposer à ne voir dans les malades que des sujets d'une observation passive, expectante, plutôt que de chercher à les soulager. Traitez le développement des glandes et vous verrez le cycle de la fièvre diminuer.

De l'orchite dite métastatique et de la fièvre testiculaire dans les oreillons, par le docteur F. Sorel, médecin-major de 2e classe. Paris.

FISTULES. Fistules vésico-vaginales. Une lésion singulière et fort rare, produite par les mêmes manœuvres qui déterminent ces fistules dans le voisinage du col, l'application mal faite du forceps, a été observée par le docteur Schneuder et peut ainsi les simuler par un écoulement intermittent de l'urine. C'est la dilacération du col à l'une de ses commissures et la réunion de l'extrémité libre du lambeau en résultant à la paroi antérieure du vagin sur une surface avivée sans doute. Les organes rentrant dans leurs conditions normales, l'anneau suspenseur de l'utérus se rétracte et contre-balance ainsi le poids de la matrice, surmonte la résistance de la paroi vésico-vaginale et du col de la vessie au point de tenir celui-ci entre-bâillé et de laisser échapper l'urine dans l'attitude verticale en la retenant jusqu'à un certain degré pendant le décubitus.

C'est ainsi qu'une femme de 23 ans, accouchée depuis deux ans de son unique enfant à la suite d'un travail de trois jours, terminé par une application de forceps répétée quatre fois, fut prise ensuite de phénomènes inflammatoires et d'une rétention complète d'urine. Puis succéda l'incontinence telle qu'elle existe encore. Dans le décubitus dorsal, la femme peut conserver ses urines pendant trois à quatre heures. Mais vient-elle à se mettre sur son séant ou à se lever, aussitôt elle perd l'urine, sans même avoir le temps de saisir le vase. Dans la station verticale, l'écoulement est continu, se fait goutte à goutte et laisse la vessie complètement vide, comme le prouve le cathétérisme.

On pouvait diagnostiquer une fistule à priori. « Il ne peut guère y avoir de doute à cet égard, dit M. de Roubaix, l'incontinence ne s'est montrée que plusieurs jours après

l'accouchement, lorsqu'elle apparaît, disparaît, augmente ou diminue dans certaines attitudes et lorsque le cathétérisme trouve habituellement la vessie vide. »

Au contraire, le toucher constata un fort abaissement de l'utérus, la fente de la commissure gauche du col dont le lambeau forme un cordon arrondi qui s'insère par son extrémité libre un peu à gauche de la ligne médiane de la paroi antérieure du vagin. Ce cordon se tend en repoussant l'utérus et cette tension éveille de la douleur, de même que pendant la marche.

Il suffit de diviser cette bride pour que l'incontinence ait cessé immédiatement.

C'est donc là un exemple qu'il faut avant tout vérifier, par l'examen, l'existence de la fistule avant de l'affirmer.

Baker-Brown a rencontré un cas analogue par suite de bandes cicatricielles du vagin. C'était neuf semaines après un accouchement laborieux, mais sans instrument, que l'urine et les fèces sortirent par le vagin. Le contrôle des sphincters se rétablit ensuite et l'urine ne s'échappait plus qu'au lever. On trouva le vagin si rétréci qu'il formait un cul-de-sac admettant à peine le doigt et la cicatrice tiraillait la vessie au point d'empêcher son sphincter d'agir efficacement quand la femme était debout. (*Le Scalpel*, p. 195.)

Léthalité. Sur 80 opérations pratiquées par M. Verneuil, il y eut 5 morts par péritonite et des complications graves dans 4 cas, mais sans déterminer la mort. D'où il conclut judicieusement qu'elle n'est pas toujours si simple et qu'il faut, avant de recourir à l'avivement ou à la suture, procéder à l'examen attentif des parties, faire une enquête minutieuse sur les fonctions génitales et tenir grand compte de l'état général de la femme, aussi bien que de l'utérus et des ovaires en particulier. S'abstenir en cas de doute et recourir à la cautérisation de préférence. (*Ann. de gynécol.* janvier.)

Fistules uréthrales. *Nouvelle cause de vaginisme.* Une femme de 28 ans, mariée depuis six, sans enfants, éprouvait depuis longtemps de vives douleurs pendant le coït, qui s'accroissaient malgré tous les traitements. La miction étant douloureuse, le docteur Johannsen constata à l'examen

que la pression de l'urèthre contre la symphyse provoquait d'horribles douleurs. Il examina dès lors ce canal avec un spéculum spécial — il serait plus logique de se servir de l'endoscope Désormeaux — et constata à son bord inférieur deux points jaunes, gros comme une tête d'épingle. C'étaient les orifices de deux fistules longues de 5 millimètres et l'autre de 1 millimètre seulement. La plus profonde fut incisée sur une sonde fine, puis cautérisée et guérit. L'autre fut simplement cautérisée. Toute douleur disparut alors et le vaginisme apparent cessa complétement. (*Petersb. med. Wochens.* 1876.)

FOETUS. Pour s'assurer qu'il respire par le placenta de sa mère où son sang s'oxygénise, ce qui n'est pas encore admis par tous, Zweifel a fait des expériences démontrant que le sang de la veine ombilicale n'est pas uniformément noir, comme celui des artères; argument qui sert à nier cette respiration placentaire.

Des lapines pleines sont trachéotomisées et plongées dans un bain d'eau salée maintenue à 38° C. Il incise alors la paroi abdominale et l'utérus. Les petits mis ainsi en liberté, il constate, de la façon la plus évidente, que le sang des artères ombilicales est noir, tandis que celui de la veine est rutilant. Mais en bouchant la canule placée dans la trachée de la mère et en l'asphyxiant ainsi jusqu'aux convulsions, le sang des artères utérines devient noir et simultanément le sang ramené dans la veine ombilicale prend la même coloration; il n'y a plus de différence entre la coloration du sang des divers vaisseaux du cordon. Dès que la diminution de l'oxygène, résultat de cette manœuvre, devient sensible pour le petit lapin, il fait des inspirations rapides qui s'arrêtent bientôt sous l'influence de l'asphyxie progressive. Ouvre-t-on de nouveau la canule, le sang redevient rouge dans la veine et reste noir dans les artères et les petits font alors de nouveaux efforts d'inspiration. (*Ark. für Gynækol.* 1876.)

C'est la démonstration positive d'un fait physiologique encore contesté et qui le sera encore parce que des fœtus ont pu continuer à vivre dans l'utérus une demi-heure et plus après la mort de leur mère, c'est-à-dire sans respirer.

FOIE. *Rupture chez le nouveau-né.* Elle peut résulter de tractions exercées sur le cordon ombilical pour le rompre.

On provoque ainsi un soulèvement et une distension du lobe gauche suffisants pour qu'un coup, un choc portant sur cette région en ce moment, puisse produire cette rupture, au niveau de l'entrée de la veine ombilicale. Le docteur Koehler s'en est convaincu sur le cadavre d'un nouveau-né pour contrôler une question médico-légale qui lui avait été faite dans le procès suivant :

Sur un enfant, né à terme, viable, et dont les poumons crépitent et surnagent, l'autopsie médico-légale démontra des extravasations sanguines, des excoriations avec épanchements sanguins et des blessures paraissant produites avec des ongles et répandues surtout sur la face, le dos et l'abdomen. Le cordon, de 36 centimètres 1/2 de long, était rompu à un centimètre 1/2 du nombril et effilé très-irrégulièrement à son extrémité.

Outre les lésions trouvées dans le cerveau et le thorax, 100 grammes de sang environ étaient épanchés dans l'abdomen. Le foie très-anémié était le siége d'une profonde déchirure à bords déchiquetés, de la portion antérieure du sillon longitudinal gauche, se bifurquant de chaque côté en avant. La veine ombilicale était complétement à nu sur toute l'étendue de la fissure.

Un médecin membre du jury demanda si cette rupture ne pouvait avoir été déterminée par l'inculpée en voulant déchirer le cordon ombilical avec le pied ou le poing posés sur la région du foie. Une réponse négative étant impossible, la femme fut acquittée, malgré l'existence d'autres sévices évidents, parce que la préméditation exigée par l'art. 217 du code pénal se trouvait ainsi écartée.

Variation de l'urée. En constatant la présence d'une quantité considérable d'urée dans le foie, les travaux récents ont presque dépossédé les reins du siége de sa formation. De là la théorie de Murchison qu'elle se forme exclusivement dans le foie par la réduction des matières albuminoïdes charriées dans le sang qui y passe. Les reins ne seraient chargés que de l'éliminer et c'est ainsi que l'urémie se manifeste lorsque ces organes malades ne peuvent plus suffire à cette fonction.

Une confirmation manquait pourtant à cette doctrine, c'est que les maladies du foie entraînent immédiatement la

perturbation de cette fonction sans que les reins soient malades. Le docteur Whitla en avait établi la démonstration par les symptômes d'urémie qui se manifestent dans la plupart des maladies chroniques du foie, comme la cirrhose, l'ictère grave, les abcès et le cancer hépatiques (Voy. Urémie, 1876). Mais il appartenait au docteur Brouardel d'établir ce fait irréfutablement en constatant les modifications que subit la production de l'urée sous l'influence des diverses affections du foie. C'est un nouveau chapitre de physiologie pathologique qui peut éclairer le diagnostic et la thérapeutique de ces affections dans l'avenir.

Dans l'ictère grave, l'urée diminue et disparaît même des urines.

Dans l'ictère par intoxication phosphorée, observé chez l'homme ou provoqué chez les animaux, l'urée diminue considérablement après avoir subi des augmentations passagères après chaque ingestion de la substance toxique.

Dans certaines formes d'ictère pseudograve, les variations de l'urée présentent au début les mêmes caractères que dans l'ictère grave (diminution, disparition de l'urée, anurie), mais la guérison peut être annoncée le jour où survient une crise urinaire avec élimination considérable de l'urée.

Le plus souvent, le volume du foie, d'abord rétracté, augmente le jour même de la crise urinaire.

Dans l'ictère simple, la quantité d'urée éliminée ne diminue pas ; elle peut être considérable au début (Bouchardat) ; mais cette augmentation ne paraît pas survivre aux premiers moments de la maladie. L'abondance de l'urée éliminée permet aussi de porter un pronostic favorable.

Dans l'hépatite suppurée, l'urée augmente au début (Parkes) ; elle diminue quand l'abcès a détruit une grande partie du foie, bien que cette lésion soit accompagnée de fièvre.

Dans la lithiase biliaire ayant pour conséquence l'oblitération du canal cholédoque et l'atrophie des lobules hépatiques, l'urée diminue de quantité. Cette diminution semble encore plus notable pendant la crise de colique hépatique ; il en serait de même dans la fièvre intermittente hépatique (Regnard).

Dans la cirrhose atrophique ou hypertrophique, la quantité d'urée éliminée est représentée par un chiffre extrêmement faible, même lorsque le malade continue à se nourrir.

Dans les maladies du cœur, le développement du foie cardiaque entraîne une diminution considérable de la sécrétion de l'urée.

Dans la dégénérescence graisseuse du foie, qui survient chez les phthisiques et les malades atteints de suppurations osseuses, la quantité d'urée excrétée tombe à des chiffres très-peu élevés.

Dans les affections chroniques du foie, cancer, kyste hydatique, la destruction d'une portion considérable de la substance hépatique entraîne une diminution correspondante dans la quantité d'urée sécrétée.

Dans la congestion du foie, la suractivité de la circulation hépatique se traduit par une augmentation de la quantité d'urée éliminée.

Dans la colique de plomb, le foie se rétracte et l'urée diminue ; dès que la colique est terminée, le foie revient à son volume normal et l'urée augmente.

Dans la glycosurie passagère, l'urée augmente pendant qu'existe cette glycosurie et au moment de sa disparition.

Dans le diabète, la quantité d'urée atteint parfois un chiffre plus élevé que dans toute autre maladie. Une similitude si remarquable dans les variations de ces deux phénomènes n'autorise-t-elle pas à se demander s'il n'y a pas communauté dans leurs origines ?

En résumé, dans les maladies du foie, la quantité d'urée sécrétée et éliminée en 24 heures est sous la dépendance de deux influences principales :

1° L'intégrité ou l'altération des cellules hépatiques ;

2° L'activité plus ou moins grande de la circulation hépatique.

Il en résulte qu'en clinique, on pourra utiliser les variations de la quantité d'urée éliminée par les urines (les reins étant sains) pour établir le diagnostic et le pronostic des lésions du foie.

L'urée et le foie. Variations de la quantité de l'urée éliminée dans les maladies du foie, par le docteur R. Brouardel ; un vol. in-8 de 120 pages, Paris.

L'interprétation de la diminution de l'urée par M. Wickham Legg diffère complétement à cet égard. Sur 10 malades observés par lui à l'hôpital Saint-Barthélemy de

Londres, dont 7 présentaient des phénomènes ictériques très-prononcés avec selles décolorées, la quantité d'urée était en rapport normal avec la quantité d'urine éliminée, mais au-dessous de la normale, soit 23 grammes environ ainsi que les chlorures ; 9 de ces malades étant affaiblis et cachectiques, il attribue la diminution de l'urée à ce seul fait. Le 10e, atteint d'une simple obstruction des canaux biliaires et d'un état général assez bon, éliminait 30 grammes d'urée par jour. Sa quantité est donc en proportion avec l'état général et ne dépend pas immédiatement de l'ictère. (*Med. chir. transactions*, 1876.)

De l'influence des maladies du foie sur la marche du traumatisme, par Longuet ; Paris. Montrer, par des faits cliniques, que le traumatisme et les opérations déterminent souvent des complications graves, mortelles, chez les individus atteints de lésions profondes du foie, et, réciproquement, que le traumatisme peut réveiller une maladie du foie ou en provoquer la manifestation, tel est le but de l'auteur. On comprend que la réparation des tissus soit entravée chez ceux qui ont une altération du foie ou de ses fonctions par les modifications qui en résultent dans les phénomènes intimes de la nutrition. Des hémorrhagies se montrent souvent. Une opération grave ne doit donc pas être entreprise sans un examen préalable du foie. Bien que ses altérations se manifestent souvent par l'ictère, il est bon de juger par son volume, sa consistance, s'il est à l'état normal.

FRACTURES. Une singulière résolution a été adoptée dans la section de chirurgie et d'anatomie au dernier meeting annuel de l'Association médicale américaine qui a eu lieu à Chicago le 5 juin sous la présidence du docteur Bronson. Le docteur Hodgen, du Missouri, ayant cherché à mettre en évidence la valeur de l'extension dans le traitement des fractures du fémur, l'assemblée, au lieu d'approuver ses conclusions, a adopté, après longue discussion pour et contre, cette résolution : que le raccourcissement est la règle dans les fractures des os longs, celle du fémur en particulier, quel que soit le mode de contention mis en usage. Ce sera donc désormais une loi de la chirurgie et il est à craindre que cette promulgation scientifique ne nuise aux

progrès qui pourraient être tentés en vue de prévenir ce triste résultat.

Fracture du crâne par le forceps. *Relèvement des fragments.* Une femme rachitique entre le 2 mars dernier dans le service d'accouchements de l'hôpital Beaujon. Le travail dure depuis deux jours, la poche des eaux a été rompue il y a 20 heures. La présentation est en O. C. G.; mais la tête est à peine engagée et le diamètre antéro-postérieur n'a que 8 centimètres 1/4. Les douleurs expulsives sont rares et sans efficacité.

Le forceps est appliqué et, après quelques minutes de tractions énergiques, un affaissement brusque se manifeste et le dégagement s'opère rapidement.

Mais l'enfant est dans un état de mort apparente. On le plonge dans un bain de moutarde et les inspirations commencent. Cri faible, enroué, presque aphone. Saillie de l'œil gauche et infiltration sanguine de la conjonctive. Figure grimaçante, face paralysée à droite, mouvements convulsifs des membres de ce côté. La branche gauche du forceps appuyant à faux sur la bosse fronto-pariétale, les os ont cédé et l'on constate un enfoncement du crâne par fracture comminutive au-dessus. Il commence sur le frontal, à 2 centim. au-dessus du diam. occipito-frontal, et finit sur le pariétal, à 2 centimètres en arrière de la ligne auriculo-bregmatique. La suture médiane le limite en haut ; en bas, il n'atteint pas les bosses pariétales. Le fragment postérieur du frontal, dirigé obliquement en haut et en arrière, chevauche sur le fragment antérieur du pariétal. D'après le schéma pris par M. Ferré, l'enfoncement correspondrait à la partie postérieure des trois circonvolutions frontales et au tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante. Un céphalématome s'est rapidement formé au niveau de cette embarrure.

Considérant l'enfant comme absolument perdu si l'on n'intervient pas rapidement pour faire cesser la compression, le péricrâne est incisé ; un tire-fond, vissé obliquement dans le plus large fragment, remonte les os à leur niveau normal sans grandes difficultés. Le sang du céphalématome s'écoule par la plaie. Une cuirasse de collodion est appliquée dessus ensuite. L'enrouement, l'aphonie,

cessent immédiatement ; le cri de l'enfant devient excellent. Les convulsions ne se reproduisent plus ; l'exophthalmie disparaît, et, le lendemain, on ne constate plus qu'un peu de paralysie faciale. Il est difficile de juger si l'affaiblissement musculaire existe encore à droite du côté des membres. Au bout de trois jours, l'épanchement sous-conjonctival s'est résorbé. Toute trace de compression cérébrale s'est dissipée.

L'enfant tête bien, son état général est excellent. L'apparition, au cinquième jour, d'un abcès sur la partie latérale gauche du cou, et un autre petit abcès sanguin, deux jours après, à la limite antérieure du collodion, c'est-à-dire en avant de la petite plaie du cuir chevelu, sont les seules complications à signaler. Ouverts, ces abcès guérissent rapidement. Lorsqu'au bout de seize jours, l'enfant quitte l'hôpital pour aller au Vésinet, la boîte crânienne a repris sa symétrie. A sa naissance, il pesait 3290 grammes; à sa sortie, 3440. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

Fracture de l'occipital. *Pincement de l'artère basilaire.* Une femme en parfaite santé, descendant une échelle, se renverse en arrière et tombe d'une hauteur de quatre mètres, l'occiput portant sur un plancher. Mort apparente immédiate, puis convulsions cloniques généralisées, vomissements; mort dans le coma un quart d'heure après.

On pouvait s'attendre à une lésion du crâne ou de la colonne vertébrale. Au lieu de cela, Friedberg ne trouva qu'une ecchymose du péricrâne à la partie postérieure de la suture sagittale. Rien au crâne, méninges anémiées. En enlevant la masse encéphalique, une résistance se manifeste : c'est l'artère basilaire, complétement séparée de la protubérance, qui se trouve prise, pincée au milieu de sa longueur dans une fente horizontale du corps de l'occipital. Les petits rameaux se rendant au pont de Varole étaient déchirés. Le vaisseau est complétement oblitéré et la tunique externe ecchymosée. De là, l'anémie du cerveau dans la circonscription de l'artère.

La fracture divisait l'occipital en deux, s'étendant des deux côtés sur la partie interne du rocher, au-dessous du trou auditif interne, puis sur la portion mastoïdienne du temporal jusqu'au milieu de la suture bregmato-mastoïdienne.

Liquide spumeux et rougeâtre s'écoulant des poumons;

foyer apoplectique, comme un œuf de poule, contenant du sang liquide dans le lobe inférieur droit. (*Archiv. für pathol. anat. und phys.*)

Fractures de la colonne cervicale. *Température.* Elle paraît varier beaucoup suivant les différents traumatismes du rachis, car tandis que, en Angleterre, Hutchinson a noté l'abaissement de cette température, Teale dit avoir observé jusqu'à un maximum de 50° (*V. année* 1875). M. Fournet, ayant observé un certain nombre de traumatismes intéressant la moelle, n'a pas eu lieu de noter des différences aussi accentuées. Les extrêmes de la température dans ses observations varient seulement de 36° 2 à 41° 2. A ce point de vue, il distingue deux variétés d'accidents : ceux à forme aiguë donnent lieu à des élévations rapides et parfois excessives, et ceux à forme chronique ne sont autres que ceux de la myélite consécutive. Ce signe ne peut donc guère éclairer le diagnostic, mais une température initiale très-élevée comporte en général un pronostic fatal et doit faire craindre une mort rapide. (*Thèses de Paris*, n° 416, 1876.)

Fractures transversales de la rotule. Dans une très-bonne thèse sur ce sujet, soutenue à l'École de médecine Harward, le docteur Howe analyse 59 cas de cette fracture traités à l'hôpital général du Massachusetts, à Boston, dont voici les principaux résultats : 47 hommes et 12 femmes; 48 cas de coups directs et 11 d'action musculaire; 56 étaient simples, 2 composées et 1 comminutive; 51 étaient transversales. Il n'y eut que 2 cas d'union osseuse dont une obtenue par la ligature des fragments dix-huit mois après la fracture. Il y eut 8 cas de récidive. Cette statistique permet la comparaison avec les résultats obtenus en Europe. (*Boston med. and surg. journ.*, septembre, n° 10.)

Nouveau bandage. Dans trois de ce genre, le docteur Hornibrook a obtenu un succès complet en plaçant le membre sur une large et solide attelle postérieure, le talon étant légèrement soulevé et le fragment inférieur immobilisé avec des bandelettes agglutinatives. Il fixe alors de longues bandelettes de diachylum sur le fragment supérieur en remontant à deux ou trois pouces sur la face antérieure de la cuisse et

en en laissant pendre l'extrémité libre sur les côtés de la rotule. Une corde attachée à ces bandelettes va passer sur une poulie fixée à deux pouces au-dessus des orteils, de manière qu'un poids de deux kilos, attaché à cette corde, puisse pendre en dehors du lit. Un bandage est ensuite appliqué, partant des orteils sous les extrémités libres des bandelettes et remonte au-dessus du genou en enveloppant les bandelettes fixées autour. (*Mouv. méd. chir.* nº 26, 1876.) Cet appareil simple et facile à appliquer partout peut remplacer tous les autres avec avantage, sans douleur et autant de sécurité.

L'*appareil plâtré* du professeur Mazzoni de Rome est encore plus simple. Il met en rapport les fragments de l'os et les maintient au moyen de l'index et du médius de la main droite appliqués sur les côtés du ligament tibio-rotulien, et de l'index avec le médius de la main gauche placés sur les côtés du ligament rotulien supérieur. Un aide applique sur la région plusieurs tours de bande plâtrée; le chirurgien soulève les doigts l'un après l'autre, en ayant soin de les réappliquer à la même place, jusqu'à ce que les tours de bande soient suffisants pour former un bon appareil. Le bandage étant séché, le chirurgien retire les doigts successivement, après avoir pris la précaution de remplir d'un mélange de plâtre et d'alun la dépression laissée par chaque doigt, au fur et à mesure qu'il les retire. Le dessèchement des dépressions s'étant opéré, on a, à la face interne du bandage, quatre points en saillie qui maintiennent invariablement en place les fragments de la rotule.

Avec cette petite modification de l'appareil plâtré, M. Mazzoni a obtenu deux guérisons par première intention.

Nouvelle attelle. Elle consiste en une solide pièce en bois d'environ 15 pouces de long et la moitié de large, plus haute et épaisse, creusée au milieu pour recevoir le jarret, c'est-à-dire plus largement en haut qu'en bas, et se moulant exactement sur le membre. Latéralement est une coulisse des deux côtés, avec une ouverture aux deux extrémités et des boucles fixées transversalement. Une bande élastique en caoutchouc, de deux pouces et demi de large, est posée sur le fragment supérieur et ses deux extrémités, passées par les trous inférieurs de l'attelle, viennent se fixer

à la boucle placée en dehors. La même chose étant répétée sur le fragment inférieur dans le sens opposé, les fragments sont ainsi solidement fixés sans changement possible. Aucun dérangement de l'appareil ni du membre n'est nécessaire pour relâcher ou resserrer les bandes. Une couche de ouate sous le jarret suffit à empêcher la compression des nerfs et des vaisseaux.

Cet appareil, dû à un jeune interne de *St.-Bartholomew's hospital*, M. Steavenson, est constamment en usage dans les salles de M. Holden avec des résultats satisfaisants. (*Lancet*, nº 4.)

Fracture mal consolidée de la jambe. *Excision des fragments.* Un homme de 46 ans ayant subi, dix-huit semaines auparavant, une fracture des deux os de la jambe, juste au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, avait une telle difformité qu'il ne pouvait se servir de son membre, le pied étant déjeté en dehors, tandis que le tibia était placé en dedans. Sous le nuage phéniqué, M. Heath excisa un fragment du tibia avec le ciseau de Linhart et le péroné avec une pince à os. Le membre put ainsi être redressé et mis d'abord sur une attelle placée en arrière, puis entre deux attelles latérales. L'opéré regagna un membre très-utile, comme sa présentation à la Société clinique de Londres en a convaincu les membres présents. (*Lancet*, 5 mai.)

Fractures de la tête du radius. La similitude de six observations personnelles ont conduit le docteur Hodges à en rechercher dans les auteurs. Il en a trouvé deux dans Malgaigne, deux dans la *Surgery* d'Holmes et quatre dans la *Practice of surgery* de Bryant. Or, dans ces faits anciens comme dans les siens, il s'agit constamment de fractures longitudinales divisant la tête du radius, soit transversalement de dedans en dehors, soit d'arrière en avant, tantôt se continuant sous forme de simple fissure jusque vers la coulisse bicipitale, tantôt détachant un simple fragment de la cupule radiale.

En présence de l'analogie sinon de l'identité de tous ces traumatismes, M. Hodges est d'avis qu'il ne s'agit pas là du hasard, mais d'un mécanisme particulier amenant la lésion. Et pourtant, tandis qu'il s'agit de traumatismes considéra-

bles dans les observations anciennes, dans les siennes, au contraire, le mal est passé parfois inaperçu. Il a rencontré ainsi un cas de ces fractures longitudinales parfaitement consolidées à l'amphithéâtre. Une autre fois, un blessé tombé d'un lieu élevé est apporté à l'hôpital du Massachusetts présentant une fracture du coude avec luxation en arrière. Après un examen minutieux, ces lésions réduites, le blessé meurt dans la nuit et l'on trouve à l'autopsie, outre les lésions précédentes, une fracture longitudinale de la cupule radiale. Voilà donc deux cas où elle est passée inaperçue, n'étant pas compliquée de plaie.

Dans aucun cas, cette fracture n'est signalée à l'état de fracture isolée et toujours il a fallu pratiquer la résection ou l'amputation, mais, quatre fois, elle était sans fracture concomitante du cubitus et huit fois sans lésions de l'humérus. (*Boston med. and surg. journal*, janvier.)

FROTTEMENT SCAPULAIRE. *Bourse séreuse.* En appréciant mieux ce bruit de l'omoplate par l'observation, on en a changé le nom. A celui de craquement, que lui avait imposé Galvagni et sous lequel nous l'avons décrit en 1873 et 1874 (Voy. AUSCULTATION), a succédé celui de frottement qui exprime mieux le mécanisme et la nature de ce signe. M. le professeur Gaujot ayant eu l'occasion de soumettre à la Société de chirurgie, en 1875, un jeune militaire qui le présentait à un haut degré, lequel fut attribué pendant quatre mois à une fracture de l'omoplate, a pu démontrer que cette crépitation sous-scapulaire résultait tout simplement de la formation d'une bourse séreuse entre l'omoplate et les côtes. De là le bruit particulier appréciable à la main et s'entendant à distance par le frottement des deux surfaces osseuses ou le mouvement de l'omoplate par le bras. Il rappelle les craquements de l'arthrite sèche ou le grincement des molaires glissant latéralement les unes sur les autres.

Ce phénomène est si fréquent que sur 72 militaires fortement musclés, examinés à ce point de vue par M. Bassompierre, 51 l'ont présenté le plus souvent des deux côtés, fantassins comme cavaliers, en appuyant fortement l'omoplate contre le thorax. Il l'attribue exclusivement à la présence d'une bourse séreuse, dont les traces évidentes près de

l'angle supérieur de l'omoplate, et consistant en une cavité de la dimension d'une pièce de un franc environ dans le tissu cellulaire, furent rencontrées sur un cadavre. (*Thèse inaug.* Paris 1875.) Il ne s'agit donc ni d'exostose costale, ni d'épanchements pleurétiques ou de phymie, comme les premiers observateurs l'ont supposé en l'observant dans ces conditions. De là l'erreur qui nous l'a fait placer comme un signe d'auscultation.

Ce n'est pas qu'il ne puisse déterminer à la longue une atrophie musculaire dans les professions exigeant un mouvement continuel des bras et des épaules. Un pâtissier de 20 ans, qui éprouvait ces craquements depuis deux ans, ne put ainsi continuer son état par faiblesse des épaules. Cette faiblesse était telle chez le docteur G... âgé de 40 ans, qu'il se crut atteint d'atrophie musculaire progressive. Les masses musculaires de l'épaule gauche étaient diminuées. Cette atrophie, qui atteint les muscles de l'épaule et surtout le grand dentelé, se produit probablement comme au voisinage des articulations malades. Elle en entraîne l'atonie, mais non la paralysie.

Le repos des bras, des épaules, est le plus sûr moyen de la prévenir pour y rémédier. M. Terrillon a fait construire un appareil orthopédique qui fixe solidement les épaules et les empêche de se mouvoir. (*Arch. de méd.* juillet.)

G

GANGRÈNE PULMONAIRE. Un résumé de 32 observations recueillies à l'hôpital général du Massachusetts de Boston, de 1857 à 1875 inclusivement, par M. Thomas Huntington dans sa thèse inaugurale soutenue à l'école médicale Harward en juin 1876, peut montrer les différences de gravité qu'elle présente ici et là. Niemeyer en fait ainsi une affection presque toujours mortelle, tandis que Hertz n'en porte pas un pronostic aussi fatal. Les statistiques sont trop rares sur ce sujet pour permettre un jugement absolu; il s'agit bien plutôt de distinguer les cas, suivant la diffusion ou la localisation de la gangrène, ses complications, ses causes, le sexe et l'âge des malades, comme le fait l'auteur américain pour éclairer ce pronostic.

La forme diffuse est ainsi presque toujours fatale, tandis que la forme circonscrite se termine assez souvent par la guérison, si elle n'est pas consécutive à la pneumonie et surtout à la phthisie, comme cela est assez fréquent. C'est un fait bien connu que les hommes y sont plus exposés que les femmes. Il y en avait ainsi 24 sur les 32 malades de cette statistique, et, sur le même nombre collecté par Lébert, il y en avait 22 ; soit 46 sur 64 cas, c'est-à-dire les deux tiers.

Quelle est la cause de cette différence ? On l'attribue aux variations extrêmes de température et d'humidité subies par les hommes. 16 étaient laboureurs, 4 marins et un 21e était exposé à ces intempéries. Mais l'intempérance, l'alcoolisme en particulier, peut bien en être l'élément, bien que cette cause ne soit notée que dans six cas, car l'habitude est omise dans tous les autres.

21 de ces malades avaient de 20 à 30 ans. Le plus jeune en avait 10. Ce n'est pourtant pas que la gangrène pulmonaire soit rare dans les hôpitaux d'enfants où elle vient compliquer souvent les maladies des voies digestives et respiratoires. 24 cas en sont ainsi indiqués à l'hôpital Joseph sur des enfants de six ans, dont 14 garçons et 10 filles. (*V. année* 1865.) Elle survient de même chez les vieillards.

De ces 32 malades, 7 sortirent guéris de l'hôpital, 6 très-soulagés; 8 ne l'étaient que peu ou pas du tout, et 11 succombèrent, dont 7 de gangrène diffuse succédant à la pneumonie, 2 à d'autres complications et 2 à des gangrènes spontanées. Dans 4 cas de ceux-ci seulement, la gangrène était circonscrite. (*Boston med. and surg. journ.* n° 17, 1876.)

GASTROSTOMIE. Depuis que M. Verneuil en a obtenu l'année dernière un succès remarquable, dans un cas et par un procédé spécial, cette opération redoutable paraît devoir augmenter ses applications. Un jeune chirurgien de Bordeaux, M. Lannelongue, l'a pratiquée le 31 décembre sur un homme amaigri, épuisé, entré à l'hopital Saint-André avec un rétrécissement de l'œsophage au niveau du cardia et probablement dû à une affection organique de ce canal. Il était infranchissable aux plus fines baleines, les liquides même ne pouvaient passer.

La gastrostomie fut pratiquée suivant les règles posées par M. Verneuil, avec succès, et l'alimentation a pu se faire

pendant un certain temps par la fistule stomacale. Mais les progrès de la maladie l'ont fait succomber depuis.

Cette opération lui a suggéré trois modifications : 1° de ne pas dépasser en bas, dans l'incision des téguments, le niveau du bord inférieur du huitième cartilage costal gauche pour arriver plus directement sur la paroi antérieure de l'estomac toujours ratatiné et remonté vers le diaphragme par suite de l'abstinence des malades en pareil cas.

2° A ouvrir la paroi antérieure dans le voisinage de la petite courbure afin que les liquides sécrétés ou injectés, trouvant dans un point déclive un espace suffisant, ne s'échappent pas à l'extérieur.

3° A n'appliquer ni pinces hémostatiques, ni fils fixateurs sur les bords de l'orifice, afin de prévenir les déchirures et la mortification qui, en agrandissant la fistule, faciliterait cette issue. (*Acad. de méd.* avril.)

Une communication semblable a été faite au Congrès des chirurgiens allemands par le docteur Schœnbeck, de Kœnigsberg. La gastrostomie fut pratiquée en introduisant, par les voies naturelles, un petit ballon en caoutchouc dans l'estomac et qui fut insufflé ensuite de manière à distendre sa cavité et à l'appliquer contre la paroi hypogastrique. Il fut ensuite fixé par des sutures et une incision d'environ cinq centimètres fut pratiquée. Le patient reçut sa nourriture par cette ouverture pendant trois mois. Il mastiquait lui-même ses aliments et une autre personne les introduisait dans la fistule gastrique. On se demande pour quelle lésion cette opération avait été faite, car si un ballon de caoutchouc a pu passer par l'œsophage, comment les aliments liquides et semi-liquides n'y passaient-ils pas?

Un fait physiologique observé dans ce fait, c'est que la soif du malade n'était jamais satisfaite par l'introduction directe d'un liquide dans l'estomac. Ce serait à vérifier chez les autres.

GINGIVITE. *Pendant la grossesse.* Malgré la fréquence et les graves conséquences de cette affection spéciale, elle a échappé presque complétement, sauf deux ou trois exceptions, à l'attention des observateurs. L'odontalgie seule a été signalée comme se rapportant aux perturbations de l'innervation. On sait bien, en effet, que la grossesse est le

plus souvent fatale à la denture des jeunes femmes qui ne manquent jamais de faire remonter la carie ou la chute de leurs premières dents à leur grossesse. Mais ce fait restait à établir cliniquement.

Placé comme chef à la clinique d'accouchements, le docteur Pinard a été frappé d'entendre les femmes enceintes se plaindre souvent de la difficulté douloureuse de la mastication, du saignement de leurs gencives et de l'ébranlement de leurs dents.

75 femmes furent dès lors mises en observation, dont 43 multipares et 32 primipares.

45 de ces femmes avaient les gencives malades, dont 14 primipares. Celles-ci sont donc plus exposées à cette affection, comme il était rationnel de le prévoir si la grossesse en est la cause.

Voici ce que l'on observe ordinairement. Les gencives, au niveau des deux maxillaires, sont plus rouges, plus congestionnées qu'à l'état normal; elles sont tuméfiées, la saillie du bord libre, inter-dentaire surtout, exagère l'aspect festonné normal et recouvre une partie de chaque dent. Ce bourrelet gingival est en général plus accusé au niveau de la partie antérieure ou convexe des deux maxillaires qu'au niveau des molaires. La moindre pression exercée sur cette tuméfaction détermine de petites hémorrhagies.

A un degré plus avancé, les dents perdent de leur solidité; il est facile de leur imprimer des mouvements appréciables, parfois elles semblent obéir à une pression qui s'exercerait de bas en haut, leur bord libre devient plus saillant et, dans plusieurs cas, on les a vues être spontanément expulsées de leurs alvéoles.

Leur fonction est ainsi entravée. La mastication est d'abord gênée et d'autant plus pénible, plus difficile que les lésions sont plus profondes. Le sang coule, mais la douleur est rarement vive.

On rencontre parfois ces accidents, ces lésions, chez les femmes présentant tous les attributs de la force et de la santé, mais il est vrai de dire que, le plus souvent, leur état général laisse beaucoup à désirer, et l'affection est alors d'autant plus marquée. Cependant, rien de semblable ne s'observe chez les femmes malades non enceintes ou récem-

ment accouchées. Des recherches faites dans ce sens n'ont donné que des résultats négatifs.

Au contraire, l'observation d'un certain nombre de femmes enceintes, appartenant aux classes les plus élevées de la société, a montré cette gingivite comme chez les plus pauvres.

La cause primordiale, essentielle, es donc la grossesse. Un mauvais état général et des grossesses antérieures en sont des causes occasionnelles.

C'est par l'intermédiaire de la circula ion que la grossesse retentit directement sur les gencives. On les voit ainsi congestionnées, tuméfiées, ramollies, pendant la période menstruelle.

L'affection débute le plus souvent vers le quatrième mois, rarement plus tôt. Elle ne peut donc guère servir au diagnostic de la grossesse. Elle marche parallèlement et disparaît un ou deux mois après l'accouchement, c'est-à-dire avec le rétablissement de la menstruation, surtout chez les femmes qui n'allaitent pas. Chez cinq nourrices, accouchées depuis six, huit et dix mois, des gingivites tellement intenses existaient, que, chez deux d'entre elles, on observait l'ébranlement de presque toutes les dents. L'une de ces femmes avait déjà perdu, depuis sa grossesse, deux dents et l'autre trois, alors que jusque-là elles avaient eu les dents très-saines, comme le prouvait du reste l'absence de toute carie. On ne peut dire si, en disparaissant, cette affection retentit plus ou moins tardivement sur la vitalité des dents; les observations sont trop récentes pour cela.

Le traitement local a consisté en badigeonnages avec une solution plus ou moins concentrée d'iode, le glycérolé de tannin, le chlorate de potasse, mais sans en retirer des effets très-prompts. La solution de chloral avec partie égale d'eau de cochléaria est la plus efficace. Après avoir enlevé le tartre et nettoyé la bouche, cette solution était appliquée tous les un à deux jours sur le bord libre des gencives malades avec un bâtonnet garni de ouate à son extrémité pour servir d'éponge.

Ce pansement est peu douloureux, la cautérisation légère et peu profonde, car l'eschare blanche et très-superficielle qui en résulte disparaît généralement vingt-quatre ou trente-six heures après l'application.

Des 45 femmes atteintes, 30 furent soignées par ce traitement, 25 guérirent en moins de quinze jours. Chez deux seulement, la guérison fut plus lente à obtenir, parce que, dans les deux cas, des accidents abdominaux ayant nécessité des onctions avec l'onguent napolitain, une stomatite hydrargyrique vint se greffer sur la gingivite primitive. Malgré tout, la guérison fut complète. Chez les cinq autres, pour des raisons diverses, le traitement ne put être continué.

Un dernier point intéressant à noter est que ce traitement semble donner des résultats aussi rapides pendant la grossesse qu'après l'accouchement.

Ainsi, chez 9 de ces malades, la guérison fut obtenue avant l'accouchement et après un traitement dont la moyenne ne dépassa pas douze jours. (*Bull. de thérap.*)

GLAUCOME. ÉTIOLOGIE. Ayant constaté que l'excavation de la papille n'est pas toujours en rapport avec le degré de pression du liquide, ce défaut de corrélation a suggéré l'idée au docteur Klein que cette excavation pouvait être due à une altération pathologique du système vasculaire qui entoure le nerf optique à son entrée dans l'œil. C'est ainsi qu'une zone d'atrophie choroïdienne péri-papillaire, qui constitue, d'après lui, un élément de diagnostic aussi sûr que l'excavation elle-même, l'entoure assez souvent. Ce cercle serait l'indice d'une altération des vaisseaux de cette région et c'est en modifiant favorablement la nutrition des parties profondes de l'œil, et la papille en particulier, que l'iridectomie et les autres moyens d'évacuation de l'excès de liquide intra-oculaire, amélioreraient la vision. (*Archiv fur ophth.* 1876.)

Séton sclérotical. A l'iridectomie et la sclérotomie employées pour diminuer l'excès de tension de la cavité oculaire par la rétention des liquides, M. Wecker ajoute le drainage de l'œil avec une anse de fil d'or pur qu'il passe à travers le globe. En favorisant ainsi l'issue continue des liquides intra-oculaires, il a pour but de diminuer graduellement la sécrétion exagérée de ces liquides et d'en atténuer les effets sur les lamelles vitreuses. Il recommande spécialement ce moyen lorsque l'iris est déjà atrophié, que l'œil est

dur comme une bille, contre le glaucôme hémorrhagique et dans tous les autres cas où, malgré l'excision de l'iris et les cicatrices à filtration résultant de la ponction de la sclérotique, la tension intra-oculaire se maintient au-dessus de la moyenne normale. (*Drainage de l'œil*, par Ribard et Grizon.)

Sclérotomie. Elle s'accrédite à mesure qu'on la pratique au détriment de l'iridectomie. Deux cas en sont ainsi relatés par M. Nettleship qui montrent comparativement la prééminence de la première sur la seconde. Il s'agit de deux femmes, âgées de 52 et 53 ans, et entrées à l'hôpital ophthalmique du Sud de Londres pour un glaucôme chronique. Plusieurs iridectomies avaient déjà été pratiquées sur la première pour diminuer la tension du globe et les douleurs en résultant; mais l'amélioration n'était que très-passagère et la tension allait toujours croissant. La sclérotomie, pratiquée le 4 mars 1876, fut si efficace, que, sept mois après son exécution, l'opérée n'avait ressenti aucune douleur et la tension de l'œil était normale.

Dans le second cas de double glaucôme, l'iridectomie fut pratiquée sur un œil douloureux et presque perdu, et la sclérotomie fut choisie pour l'autre qui conservait seul encore un peu de vision. Les deux opérations réussirent en améliorant les douleurs, mais la diminution de la tension fut plus sensible et durable avec la sclérotomie que par l'iridectomie.

Une hémorrhagie dans la chambre antérieure et le corps vitré eut lieu après les deux sclérotomies, mais le sang fut résorbé en quelques semaines. Quoique de peu d'importance quand cette opération est faite comme une épreuve avant l'excision du globe, ce résultat en serait une contre-indication, excepté chez les aveugles s'il était inévitable. Mais la ponction faite un peu trop loin de la cornée dans ces deux cas a dû léser les procès ciliaires. De là la cause de l'hémorrhagie. Il serait donc facile de l'éviter. (*Lancet*, 7 octobre 1876.)

Collyre d'ésérine. Comme antagoniste de l'atropine qui, instillée dans l'œil, prédispose au glaucôme, M. Laqueur a employé le sulfate neutre d'ésérine, à un tiers ou demi

pour 100 en solution, pour le guérir. 3 à 4 gouttes, instillées toutes les vingt minutes pendant trois semaines chez cinq glaucomateux simples, ont amené, après trois à quatre jours, une diminution de la tension intra-oculaire. Elle s'accentuait du 8e au 10e jour avec une amélioration très-notable de l'acuité visuelle. Dans un cas de glaucôme secondaire à une luxation incomplète du cristallin, la pression revint à l'état normal.

L'action de ce médicament s'explique par l'excitation directe des fibres musculaires lisses des vaisseaux choroïdiens, et il trouvera son emploi dans tous les glaucômes simples sans lésions de l'iris ou dans les glaucômes opérés sans résultat. (*Centr. fur med. Wiss.* 1876.)

GLYCÉRISME. MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé appellent ainsi l'ensemble des accidents toxiques déterminés chez le chien par des quantités considérables de glycérine injectée sous la peau. La glycérine étant un alcool tétratomique, ils ont cherché à en comparer les effets avec l'alcoolisme aigu produit par les alcools monoatomiques par fermentation. Des phénomènes comparables jusqu'à un certain point en sont résultés. 14 chiens de différentes grosseurs ont été soumis à des injections sous-cutanées de glycérine pure, en solution dans une quantité à peu près égale en poids d'eau, depuis la proportion de 17 grammes 60 de glycérine par kilogrammes jusqu'à 7 gr. 50 seulement, soit moins de la moitié. La quantité totale injectée a varié ainsi de 245 grammes en une seule fois à 54 grammes 56. On comprend dès lors que les effets aient été très-différents.

Sous l'influence des piqûres qui lui ont été faites et de l'action irritante du liquide injecté, l'animal est d'abord agité et manifeste sa souffrance par des cris. Après quelques heures, il devient triste, inquiet, va et vient, la tête basse, cherchant en vain une position qui lui convienne; il pisse du sang, vomit, la gueule est sèche, la soif ardente, la température baisse, l'animal ne se soutient qu'avec difficulté, il reste étendu, somnolent et indifférent à tout. Des convulsions d'une grande intensité, tétaniformes, apparaissent quand la dose est très-élevée et relèvent la chaleur, tandis que, à faible dose, ces convulsions sont à peine appréciables. Mais, dans l'un et l'autre cas, la respiration diminue,

le pouls faiblit et le chien succombe dans un intervalle de quelques heures avec les hautes doses et de 3 à 4 jours avec les plus faibles. Un seul a guéri quoiqu'il eût reçu 115 gr. 50 de glycérine. Mais ce n'est que deux mois après qu'il reprit toute sa vigueur.

Le glycérisme a ainsi de grandes analogies avec l'alcoolisme aigu par les alcools dits de fermentation, l'alcool caprylique et œnanthylique en particulier. Telle est la fréquence de l'hématurie. L'abaissement thermométrique est plus prompt et dure jusqu'à la mort dans l'alcoolisme, ce qui explique la période comateuse très-marquée qui n'apparaît qu'à la dernière heure dans le glycérisme. La résolution est aussi plus rapide et marquée dans l'alcoolisme, mais, en somme, les phénomènes morbides se ressemblent comme les lésions anatomiques.

On trouve en effet le foie, siége d'élection de l'action de l'alcool, d'un brun rougeâtre, très-hyperémié, ramolli et dégénéré avec les mêmes lésions dans les reins. La muqueuse intestinale est congestionnée avec des plaques hémorrhagiques à sa surface, résultant de l'élimination de la glycérine par les glandes et proportionnées à sa quantité. Les poumons sont aussi gorgés de sang, sans noyaux apoplectiques; congestion des plus vives des méninges cérébrales et rachidiennes. Sang épais et noirâtre. Comme l'alcool, la glycérine agit donc primitivement et directement sur le sang et sur l'axe cérébro-spinal. De là les symptômes et les lésions observées. (*Soc. méd. des hôp.*, et *Union méd.* nos 143, 145 et 147, 1876.)

Est-ce à dire avec les auteurs que la glycérine, donnée à l'intérieur dans ces dernières années contre l'acné, le diabète, puisse devenir un poison pour l'homme? Rien ne le prouve, car ces expériences ne lui sont nullement applicables. L'ingestion gastrique ne ressemble en rien à ces injections hypodermiques forcées et en quantité considérable. Elles ne prouvent donc rien, au point de vue thérapeutique, comme le montrent les nouvelles recherches de M. Catillon, faites au laboratoire de M. Vulpian à la Faculté de médecine.

Tout en s'accordant à reconnaître avec les auteurs précédents que l'ingestion rapide de doses très-considérables de glycérine dans l'estomac, soit l'énorme proportion de 15

grammes par kilogramme du poids du corps, peut déterminer des accidents mortels avec des lésions comparables à celles de l'alcoolisme aigu, M. Catillon montre que c'est là une dose ultra-thérapeutique qu'aucun médecin ne prescrira jamais, car elle correspond à plus d'un kilogramme pour un adulte. La dose ordinaire et rationnelle est de 15 à 30 grammes par jour et encore la donne-t-on par fractions. Or, il est démontré que, de cette manière, on peut en élever beaucoup la dose sans qu'il se manifeste d'autres symptômes qu'une élévation de température du corps. Elle s'est élevée ainsi chez les chiens de quelques dixièmes pour les doses modérées et jusqu'à 1° et même 1°,5 avec les plus fortes doses.

C'est que la glycérine s'absorbe rapidement et ne séjourne pas dans le sang. On l'y recherche en vain 1, 2 ou 3 heures après l'ingestion de doses énormes. Elle doit y être en grande partie brûlée à mesure qu'elle y pénètre, car elle est absorbée en totalité et l'on n'en retrouve qu'une faible proportion dans les produits d'excrétion.

L'urine en est la principale voie d'élimination. Elle commence à s'y montrer chez l'homme lorsqu'il en ingère plus de 20 grammes. Pour une dose de 30 grammes, M. Catillon en a retrouvé de 3 à 3 grammes 50 et de 12 à 14 après une dose de 60 grammes, sans sucre ni albumine, n'importe à quelle dose. Elle ne s'est retrouvée ni dans la sueur, ni dans les fèces.

Les chiens soumis pendant longtemps à de hautes doses de glycérine ont présenté une diminution notable de sucre dans leur sang. Mais M. Catillon ne croit pas qu'elle agisse ainsi directement sur le diabète, mais plutôt en diminuant l'urée et en rétablissant les fonctions digestives.

La diminution d'urée, de 6 à 7 grammes par jour chez l'homme, s'est montrée en effet, sous son influence, à la dose de 30 grammes dans 8 à 10 parties d'eau, prise en trois fois au début des repas. Une dose plus élevée n'augmente pas cette excrétion. L'urée est également très-faible dans l'urine des chiens soumis à son usage. Son effet est donc d'en diminuer la production et non d'en retarder l'élimination. C'est un médicament d'épargne.

Elle favorise l'assimilation en excitant l'appétit et en régularisant les fonctions digestives. On engraisse rapidement

des cobayes avec 10 à 15 grammes par jour. 50 centigrammes mélangés à leur nourriture ont suffi à augmenter leur poids de 1/5 et 1/10e par mois sur ceux qui n'en recevaient pas. C'est comme le meilleur dissolvant de la pepsine qu'il agit ainsi, suivant MM. Constantin Paul et Dujardin Beaumetz. (*Soc. de thérap.* 14 mars.) Elle possède des propriétés laxatives manifestes. 15 à 30 grammes, pris dans l'eau, suffisent, chez un adulte, à provoquer une selle facile et molle, parfois deux, sans que l'effet en soit augmenté avec une plus haute dose prise tout d'un coup. 40 à 50 grammes, pris en une fois, peuvent provoquer une légère excitation des reins et de la vessie. A doses plus fortes, il suffit de les fractionner pour qu'il n'en résulte pas de mauvais effets. Le glycérisme n'est donc pas à craindre pour l'homme. (*Acad. des sc.*, janvier.)

GOITRE EXOPHTHALMIQUE. *Galvanisation du ganglion sympathique.* Une fille de 19 ans, dont le père était frappé d'atrophie musculaire progressive avancée et une sœur d'accès très-graves d'hémicranie, a été prise à 17 ans de saillie des yeux, puis de palpitations, et consécutivement son cou gonfla surtout du côté droit. Il s'y joignit graduellement de la difficulté à respirer, l'abattement des forces, sentiment de chaleur, congestion de la face et diarrhée. Malgré l'usage du fer, la digitale, l'iodure de potassium et de nombreux purgatifs, aucune amélioration ne fut obtenue.

A l'examen, le 18 juillet 1876, le docteur d'Ancona, médecin de l'hôpital de Padoue, constate une maigreur extrême, pâleur jaunâtre, muqueuses décolorées. Le poids du corps est réduit à 42 kilog. et demi. Respiration anxieuse, dos voûté, yeux saillants au point de rendre visibles les insertions des muscles droits. Conjonctive injectée. Les paupières ne recouvrent plus le globe et laissent 4 à 6 millimètres de distance entre elles, même pendant le sommeil, pupilles dilatées et très-contractiles. Vue parfaite.

La maigreur extrême du cou laisse voir les battements exagérés des carotides sur tout leur parcours. Saillie de la thyroïde surtout du côté droit, au point de donner une circonférence de 40 centimètres au cou.

Battements du cœur très-étendus dans le cinquième espace

intercostal avec frémissement et impulsion tels que la tête de celui qui ausculte en est soulevée. Les bruits en sont intenses, secs, sans aucun souffle appréciable. Matité cardiaque étendue. Pulsations exagérées des artères, pouls contracté et à 140.

L'examen des poumons est négatif comme celui de l'abdomen et cependant l'appétit est presque nul et la digestion difficile ; il y a quatre à six selles liquides par jour. La pression épigastrique est douloureuse et le ventre est très-ballonné. La menstruation manque depuis quatre mois.

Dans ces conditions, la faiblesse est telle que le moindre effort, le plus léger mouvement excitent des troubles circulatoires et respiratoires effrayants. Une grande impressionnabilité morale existe également.

Adoptant, d'après la marche du mal et l'hérédité de la malade, la pathogénie nerveuse du goître exophthalmique, selon les idées de Trousseau qui en fixe le siége dans le grand sympathique, M. d'Ancona tenta la galvanisation de ce nerf d'après l'emploi qui en a déjà été fait en Allemagne. Dès le premier jour, il appliqua deux réophores, terminés en larges disques recouverts d'éponge solide et consistante, sur le ganglion cervical du grand sympathique, de chaque côté, derrière l'angle du maxillaire, en pressant légèrement d'arrière en avant. Le courant était de 10 éléments d'un appareil portatif et la durée de la séance de trois à cinq minutes.

Les effets physiologiques furent constamment la dilatation de la pupille et l'arrêt du courant, surtout du côté du pôle négatif, et une légère contraction du sterno-cléido-mastoïdien. Parfois, afflux de la salive dans la bouche et goût de cuivre ; rarement, vertiges arrêtant la séance.

Ce traitement, parfaitement toléré, fut suivi pendant cinq mois consécutifs, conjointement avec l'emploi de six gouttes de liqueur arsenicale de Fowler par jour, le bismuth et d'autres astringents contre la diarrhée.

Une amélioration sensible se manifesta dès les premiers jours. L'appétit reparut et la diarrhée se modifia. Les forces revinrent et la progression fut si rapide que, après 100 séances de galvanisation, le poids de la malade s'élevait à 56 kilogrammes le 27 novembre. Couleur normale de la face et des muqueuses. Globes oculaires parfaitement re-

couverts par les paupières, c'est-à-dire beaucoup moins saillants. Mydriase légère à la lumière. La diminution du corps thyroïde a réduit la circonférence du cou à 35 centimètres, malgré l'engraissement général des tissus. Les pulsations artérielles ne sont plus sensibles, battements du cœur normaux, pouls de 90 à 100. Menstruation régulière depuis le premier mois du traitement. Respiration calme, et cette jeune fille pouvait marcher, courir, descendre et monter, sans en éprouver aucun inconvénient, ni trouble de la respiration ni du pouls. La gaieté a remplacé la tristesse sans laisser aucune impressionnabilité morbide. (*Gazz. med. Venete*, nº 51, 1876.)

Sans être nouvelle, cette médication, employée d'après les mêmes inductions il y a plus de dix ans (Voy. *année* 1865), eut un tel succès, dans ce cas, qu'elle offre une précieuse ressource aux praticiens, en présence surtout de cette étiologie de plus en plus accréditée de la lésion primitive du grand sympathique.

GOUTTE. *Salicylate de soude.* Le succès de ce nouveau médicament dans le rhumatisme chronique a conduit le professeur Sée à l'employer par analogie chez les goutteux, soit comme analgésiant de la douleur et la fluxion articulaires, soit comme éliminateur de l'acide urique qui se trouve souvent en excès chez ces malades. En se transformant partiellement dans l'organisme en acide salicylurique, l'acide salicylique s'annexe du glycocolle puisé dans divers organes, notamment le foie et peut-être les reins, et enlève ainsi à l'économie un principe albuminoïde important, comme le fait l'acide benzoïque en se transformant en acide hippurique. De là leurs propriétés curatives.

Sept malades atteints de goutte aiguë ont été traités par le salicylate à la dose de 10 grammes par jour dans 100 gr. d'eau à prendre par cuillerées à bouche dont chacune est délayée dans un demi-verre d'eau. Le premier, âgé de 54 ans, avait trois à quatre accès chaque année durant quatre semaines au moins depuis vingt ans. Le 15 janvier, un accès intense envahit le poignet droit, le genou et l'articulation tibio-tarsienne gauches avec douleurs et tuméfaction des plus prononcées. Tous ces phénomènes disparurent en trois jours avec souplesse des articulations.

Mêmes résultats sur un artiste célèbre, âgé de 75 ans, sujet à des accès depuis trente ans. Après deux jours de traitement, tous les phénomènes fluxionnaires ont disparu sans la moindre atteinte à la santé générale.

Un malade ayant des tophus nombreux aux doigts et aux genoux, par suite d'attaques répétées et très-douloureuses durant ordinairement plusieurs semaines, le salicylate fit cesser les douleurs en vingt-quatre heures. Continué à la dose de cinq grammes, il diminua ensuite sensiblement les tophus.

De même des autres malades et de deux goutteux traités par le docteur Bouchard.

14 cas de goutte chronique sous toutes ses formes, et qui avaient été soumis aux traitements les plus divers, ont été traités par le salicylate. Un seul présentait le type de la goutte asthénique indolente, localisée dans les deux poignets et les deux articulations tibio-tarsiennes. Au bout de quinze jours, le volume de ces jointures était très-sensiblement diminué.

Dans les treize autres, la maladie occupait et immobilisait depuis plusieurs mois, et depuis trois ans chez deux malades en particulier, toutes les jointures des membres inférieurs, avec douleurs vives au moindre mouvement, sinon au repos. Une tuméfaction considérable existait principalement aux genoux, aux pieds et aux orteils, avec empâtement périarticulaire et rétraction des membres. Des tophus existaient dans 10 cas, près ou loin des articulations.

Cinq de ces malades, condamnés ainsi au repos, avaient les poignets et les articulations phalangiennes prises, de manière à ne pouvoir ni écrire, ni saisir les objets et, chez deux, il existait en outre une demi-ankylose de l'épaule et du coude d'un côté. Tous les organes étaient intacts, à l'exception du cœur ; deux malades étaient frappés d'arrhythmie avec dégénérescence graisseuse et un léger œdème des pieds. La gravelle urique existait dans deux cas et l'albuminurie dans un autre.

Dans ces conditions défavorables, l'usage du salicylate a produit dans tous les cas, et dès les premières doses, un soulagement aussi prompt, une disparition aussi rapide des douleurs que dans la goutte aiguë ou le rhumatisme articulaire aigu. Peu à peu, c'est-à-dire de six à quinze jours,

les tissus périarticulaires étaient dégonflés, les mouvements libres. Et tous ces malades, suivis pendant un à quatre mois, sans cesser un seul jour l'usage du médicament à dose décroissante, ont ainsi vu céder ou disparaître toute trace de gonflement articulaire.

Ces guérisons ne sont pas survenues sans des inconvénients sérieux. Dans tous les cas indistinctement, des troubles de l'ouïe, des bourdonnements d'oreilles, des bruits incessants dans la tête se sont manifestés, souvent même une surdité considérable qui diminue ordinairement avec l'abaissement des doses à 4 ou 5 grammes par jour.

Deux malades ont présenté une sorte d'ébriété avec faiblesse des membres et titubation pendant la durée du traitement actif.

Une diaphorèse abondante se manifeste aussi très-souvent. Une somnolence très-pénible a eu lieu aussi momenanément dans un cas.

Tels sont les phénomènes qui constituent pour ainsi dire *salicylisme* sous l'influence des hautes doses de salicylate. Ils ont lieu chez les vieillards en particulier. C'est alors surtout qu'il importe essentiellement de les fractionner exactement, et, si le sel est mal toléré par l'estomac, de les faire prendre au moment des repas, soit en les délayant dans de l'eau de Vichy ou de l'eau simple additionnée d'eau-de-vie.

Dans le cas de maladie du cœur, cette médication est sans influence sur ses différentes manifestations. Mais il faut en user avec prudence quand il y a altération des reins. L'élimination du médicament par les urines étant ainsi entravée, il en résulte de l'irritation locale avec albuminurie et son accumulation dans le sang, mais sans métastase de la goutte sur le cœur ou l'estomac, les poumons ni le cerveau. Cette rétrocession n'a pas été observée une seule fois. (*Acad. de méd.* juin.)

Si la suppression de l'accès de goutte n'entraîne pas d'accidents plus pénibles ou plus dangereux que la fluxion articulaire, ajoute M. Guéneau de Mussy, si ce sel n'arrête pas seulement la manifestation arthritique et s'attaque au principe même de la maladie et en détruit la racine, M. Sée, en l'appliquant à la goutte, aura rendu un grand service à la science et à l'humanité. Mais il craint les métastases sur-

tout sur le cerveau ainsi que M. Bouchardat. Tout en maintenant ses affirmations contraires, M. Sée fait pourtant cette correction de ne pas donner ce médicament à dose massive comme les Anglais et les Allemands. Il le donne seulement à la dose de 5 à 6 grammes par jour sous forme d'une potion contenant 30 grammes de salicylate dans 300 grammes d'eau dont le goutteux prend trois cuillerées à bouche par jour au moment des repas. De même dans le rhumatisme chronique; ce n'est que dans les accès aigus qu'il faut débuter par 8 à 10 grammes pour le continuer à moindre dose ensuite. (*Idem*, juillet et août.)

M. Bouchardat préfère, pour combattre la diathèse goutteuse, les moyens hygiéniques suivants :

1° Manger sobrement, en réglant judicieusement l'alimentation ; 2° augmenter la dépense par des exercices de chaque jour et le massage ; 3° faciliter l'élimination du biurate sodique en vidant régulièrement et complétement la vessie, en ingérant des boissons aqueuses abondantes, additionnées, lorsqu'il en est besoin, de sel de Seignette, de bicarbonate ou d'acétate de potasse à doses modérées. En agissant de cette manière, on aura certainement des résultats moins prompts, mais il est préférable de vaincre lentement la goutte par une sage hygiène et de ne pas risquer le combat à l'aide de médicaments trop énergiques.

Autrement, il est à craindre que, en dehors de ses propriétés irritantes sur le tube digestif, le salicylate de soude ne conduise à la goutte chronique comme l'abus du colchique.

Goutte saturnine. L'un des premiers, M. Lépine a employé résolument le salicylate de soude à la dose de 12 grammes dans les accès aigus, chez deux malades qui en ont été rapidement guéris. Au troisième jour, l'excrétion de l'urée et de l'acide phosphorique était doublée et s'éleva jusqu'à 34 grammes d'urée et 3 grammes et demi d'acide phosphorique chez le dernier. (*Soc. méd. des hôp.* juin.)

M. Sée a cité aussi un cas favorable et M. Empis un autre qui a été fatal. L'état des reins chez ces malades est surtout à considérer. L'albuminurie contre-indique l'emploi de ce médicament.

GRENOUILLETTE. *Excision.* De même qu'il a pré-

conisé l'excision du goître kystique comme l'opération la plus sûre pour sa guérison radicale (Voy. *année* 1873), M. le professeur Michel, de Nancy, la vante également contre le kyste sublingual dont il rapporte six succès sur six observations. Généralement délaissée comme trop laborieuse et dangereuse, on la remplace par diverses opérations palliatives dont la récidive est le plus fréquent résultat. Sans parler de la ponction ni du séton généralement abandonnés, les injections iodées et la cautérisation, qui sont les plus employées, sont loin d'être toujours couronnées de succès. L'extirpation au contraire est radicale.

Les auteurs la passent cependant sous silence ou en signalent seulement la gravité. M. Sédillot dit même qu'elle est souvent impraticable. Le siége du kyste, placé tour à tour dans les canaux de Wharton ou de Rivinus et jusque dans les bronches, a surtout empêché de recourir à cette excision par crainte de léser, d'obturer ces conduits et de déterminer l'hémorrhagie. En montrant que la grenouillette se développe ordinairement dans les mailles cellulaires sur les côtés du frein de la langue et qu'elle s'en écarte très-rarement, par les faits qu'il relate, M. Michel aura levé bien des doutes, des incertitudes, des craintes, et rendra à cette opération le rang de méthode générale qu'elle n'aurait jamais dû perdre par sa facilité d'exécution et son innocuité.

Deux procédés sont employés : l'énucléation du kyste sans incision préalable, lorsque la paroi du kyste est épaisse, ou l'incision du kyste et la dissection consécutive de la paroi lorsqu'elle est mince. C'est en procédant ainsi que cette opération n'a jamais été infidèle entre les mains de M. Michel et que la guérison a été aussi rapide que constante. (*Gaz. hebdom.* n° 11.)

GROSSESSE. *Coïncidence avec un kyste de l'ovaire.* Elle a été constatée dans un certain nombre de cas. La discussion sur ce sujet à l'*obstetrical. Society* en a mis jusqu'à 80 au jour et c'est à ce propos que M. Spencer Wells a formulé des conclusions qui subsistent encore aujourd'hui. (Voy. *année* 1870.)

La ponction est le plus souvent indiquée quand le kyste est uniloculaire. Quand il est multiloculaire, au contraire, la règle est de l'enlever au début de la grossesse, de même

que dans le cas d'une tumeur solide. (Voy. Ovariotomie.)

D'après un grand nombre de cas collectés par M. Milner, la grossesse a une influence salutaire sur le kyste par la pression de l'utérus gravide qui en amène parfois l'absorption au même titre que la compression extérieure par un bandage. MM. Duncan et Simpson, ainsi que plusieurs autres membres de la *Société obstétricale d'Édimbourg*, admettent cette interprétation.

Gingivite des femmes enceintes. Voy. Gingivite.

Grossesse et traumatisme. La commission du Congrès de Genève ayant posé cette question, M. Verneuil y a répondu dans un rapport étendu, embrassant l'historique du sujet, depuis le mémoire de Valette en 1864 jusqu'à 1876, et résumant tous les travaux faits dans cet intervalle et notamment les discussions soulevées à Londres, Paris et Leipzig. L'examen des faits et des propositions en résultant a lieu ensuite séparément, et, bien que souvent contradictoires, mal élucidées, l'auteur en tire des conclusions dont voici les principales :

La grossesse et le traumatisme, quant aux blessures les plus légères comme aux opérations les plus graves, peuvent évoluer normalement sans aucune influence réciproque. C'est le cas le plus fréquent d'après les statistiques, surtout quand le traumatisme est éloigné de l'appareil gestateur, que les lésions sont légères, simples, bénignes et portent sur des tissus sains, que l'organisme maternel est exempt de toute maladie constitutionnelle, de toute tare organique, même circonscrite, et que le foyer traumatique est exempt de complications.

Dans ces conditions, quelques opérations sérieuses et graves peuvent même devenir salutaires et nécessaires dans certains cas donnés, quand il s'agit, par exemple, de supprimer une affection plus dangereuse pour la mère et l'enfant, comme tumeur dure, un kyste multiloculaire, pouvant empêcher l'accouchement, un cancer encéphaloïde, etc.

Mais le traumatisme accidentel et chirurgical peut aussi provoquer l'avortement ou l'accouchement anticipé et faire périr la mère et l'enfant dans les cas contraires, c'est-à-dire quand il atteint le fœtus et ses annexes, l'utérus et la sphère génitale, surtout si ces parties sont déjà altérées; quand il

porte sur des organes essentiels à la vie de la femme ou qu'elle est atteinte d'une tare organique ou d'une maladie constitutionnelle et que des complications surviennent pour affaiblir, ébranler ou empoisonner l'organisme maternel ou celui du fœtus.

La grossesse peut retarder ou empêcher la guérison du traumatisme et aggraver certaines affections non traumatiques, en raison des modifications générales ou locales qu'elle imprime à la circulation, la nutrition, la composition du sang, la genèse des éléments anatomiques, de même que la délivrance supprime ces causes pathogéniques.

Mais la puerpéralité a une influence encore plus marquée et défavorable que la grossesse sur le traumatisme et surtout sur celui qui résulte même de l'accouchement, c'est-à-dire sur des tissus modifiés ou altérés dans leur structure et leurs propriétés, et des organismes toujours plus ou moins affaiblis qui peuvent être constitutionnellement atteints.

De là la règle d'opérer d'urgence les affections qui mettent immédiatement en danger la vie de la mère ou dont les progrès menacent de la rendre incurable et celles qui peuvent devenir des causes de dystocie.

S'abstenir absolument au contraire, dans les cas opposés, de toute opération, même légère, qui n'a pas une de ces raisons pour motif.

Éviter, autant que possible, toute opération pendant les trois ou quatre mois qui suivent l'accouchement, surtout sur la zone génitale, excepté la périnéorrhaphie qu'il est préférable de pratiquer immédiatement. (*Revue mensuelle de méd. et chir.* juillet et août.)

Sans avoir pu entrer dans les longs développements de ce rapport et tout en en évitant les fastidieuses répétitions, nous n'avons pu indiquer tous les cas, les exemples à l'appui de ces conclusions, car il ne les indique même pas. Et cependant ce serait là ce qu'il y aurait de plus important à en retenir, pour les praticiens, au moins sur les points les mieux spécifiés. En voici quelques-uns à la suite.

Le docteur Massot a collecté, comme une réminiscence de sa thèse de 1873, 255 cas de grossesse dont les femmes avaient subi un traumatisme quelconque du deuxième mois à terme et dont voici les résultats :

180	femmes ont accouché à terme.	
19	— —	prématurément.
31	—	ont avorté.
10	—	ont avorté et sont mortes.
15	—	sont mortes.

De l'analyse par mois de ces divers accidents, l'auteur conclut que le traumatisme n'a pas d'influence marquée sur l'avortement. (*Archiv. de tocologie,* janvier.)

Ovariotomie. Ayant pratiqué cette grave opération sur 9 femmes enceintes, M. Spencer Wells a obtenu 8 guérisons et un seul décès. Elle a été faite le plus souvent au début de la grossesse, mais, dans 2 cas, celle-ci était arrivée à sept mois. Elle n'est donc pas aussi dangereuse qu'on pourrait le croire. Il admet même qu'elle doit être pratiquée toutes les fois que le volume du kyste ne laisse pas de place au développement du fœtus, car la ponction seule, en amenant un changement dans la nature du liquide, a provoqué une péritonite dans plusieurs cas. (*Obstetrical soc.* juillet.)

Ces résultats contredisent donc les craintes du traumatisme aussi bien que le danger de ceux qui, comme M. Guéniot, le limitent aux opérations pratiquées dans la zone génitale ou son voisinage. (*V. année* 1876.)

Néanmoins les conclusions précédentes de M. Verneuil ont été appuyées par tous les orateurs, mais sans que les contre-indications du traumatisme aient été explicitement indiquées.

Un autre succès en est relaté par M. Baum, de Dantzig, sur une jeune femme de 19 ans. Elle était enceinte pour la seconde fois lorsque son ventre prit un accroissement rapide. Une ponction est faite le 9 juin, mais le liquide se reproduit si vite que, le 23, il fallut pratiquer l'ovariotomie. Extraction d'un kyste de l'ovaire gauche.

Dès le lendemain, commencement de travail. La version est faite avec extraction d'un fœtus de quatre à cinq mois.

Malgré des vomissements et de la diarrhée consécutifs et l'ouverture dans la vessie d'une tumeur placée derrière l'utérus, cette femme sortit guérie le 31 juillet. (*Berl. klin. Wochens.* 1876.)

Luxation de l'appendice xyphoïde. Accident rare et peu connu qui peut être déterminé par l'usage d'un corset serré

pendant la grossesse. C'est ainsi qu'en voulant dissimuler son état, une demoiselle de magasin, âgée de 35 ans, sentit, au 7e mois, une douleur vive au creux de l'estomac, exaspérée par la compression du busc du corset, au point d'être obligée de renoncer à le porter.

Cette douleur, correspondant à une saillie mobile, persista jusqu'à la fin de la grossesse. Elle augmentait surtout pendant la digestion, elle fut *atroce* pendant l'accouchement. Le travail en fut entravé au point de nécessiter une application de forceps.

En examinant cette femme, M. Polaillon trouva, à la pointe du sternum, un soulèvement transversal de la peau avec saillie d'un demi-centimètre environ. C'était la luxation en arrière de l'appendice xyphoïde qui ne put être réduit. Bientôt les douleurs disparurent et l'immobilité du fragment diminua. Delamotte a rapporté un fait analogue. (*Soc. de chir.*, 3 janvier, et *Union méd.*, nº 24.)

Utilité de la ceinture rigide. Le relevé des registres de la Maternité et de l'hôpital des cliniques a montré à M. Pinard que la présentation de l'épaule, qui se rencontre en moyenne une fois sur 200 accouchements, est dix fois plus fréquente chez les multipares que chez les primipares. Sur 100,000 accouchements, il n'a trouvé que 50 primipares dont la moitié avaient plus de 32 ans. D'où il conclut que la laxité de la paroi abdominale, due le plus souvent à des grossesses antérieures, parfois au défaut de jeunesse, est la principale cause du mécanisme qui permet au fœtus de s'offrir en travers, d'un côté ou de l'autre.

La conséquence pratique de ce fait était de consolider la paroi abdominale et, dans ce but, M. Pinard a imaginé une ceinture rigide qui s'applique aussitôt que l'on peut constater le mode vicieux de présentation dans les derniers temps de la grossesse. Dans 26 cas où il l'a ainsi appliquée pendant deux à trois jours, elle a suffi à redresser l'enfant qui présentait l'épaule. (*Journ. de thérapeut.*)

H

HÉMIPLÉGIE. *Arthrite axo-atloïdienne.* Une jeune femme atteinte d'un rétrécissement avec insuffisance mitrale, et qui avait eu une attaque momentanée d'hémiplégie droite, est prise, 18 mois après, d'un étourdissement en descendant un escalier qui la fait tomber immédiatement. Quand on la relève, elle accuse une violente douleur à la nuque et se trouve paralysée des quatre membres avec contracture. Celle-ci cesse après quelques jours et la paralysie reste flasque, absolue, s'étendant aux muscles inspirateurs. Menaces de suffocation et asphyxie au 12e jour.

On croyait à une hémorrhagie ou apoplexie de la moelle. L'autopsie révéla au contraire une arthrite de l'articulation de l'axis avec l'atlas. La moelle, au-dessous du bulbe, était comprimée par une tumeur osseuse formée par une hypertrophie de l'apophyse odontoïde. La compression existait ainsi bien plus serrée que par l'épanchement du sang. (*Soc. de biol.* décembre 1876.)

Hémiplégie pneumonique. Depuis que l'attention a été appelée sur cette variété par M. Lépine (V. *année* 1870-71), plusieurs observations sont venues en confirmer la réalité. Le fait est donc parfaitement admis, mais le mode de production reste à élucider. Au lieu d'être un effet réflexe comme on le supposait, il se confirme de plus en plus que cette hémiplégie secondaire résulte tout simplement d'une lésion encéphalique provoquée par la phlegmasie pulmonaire. Elle apparaît ainsi presque exclusivement chez les vieillards.

Dans une revue intéressante sur ce sujet, M. Strauss cite le cas d'un vieillard atteint de pneumonie lobaire droite qui fut frappé subitement d'hémiplégie gauche et dont l'autopsie montra un ramollissement très-circonscrit, arrondi, jaunâtre, dans la partie moyenne et interne du noyau lenticulaire de l'hémisphère droit. (*Revue mens. de méd. et chir.* octobre.)

Une étroite sympathie réciproque se révèle par là entre les poumons et les centres nerveux. Des hémiplégies se sont aussi montrées pendant la pleurésie et l'empyème (V. *année*

1870-71). Des lésions méningées se rencontrent de même après le délire de la pneumonie et l'on va voir que les lésions nerveuses ne retentissent pas moins sur les poumons.

HÉMOPTYSIE NERVEUSE. Dénomination étrange, contradictoire, employée par le docteur Carré d'Avignon pour désigner les pneumorrhagies qui se produisent sous l'influence d'affections ou de lésions nerveuses. Cette influence des lésions du système nerveux sur la production des hémorrhagies viscérales, celles du poumon en particulier, a beaucoup occupé les pathologistes dans ces dernières années. L'expérience de Legallois, répétée et confirmée par MM. Cl. Bernard et Longet, ayant montré que la section des pneumo-gastriques chez de jeunes lapins entraînait l'hépatisation des poumons, la congestion pulmonaire et un épanchement sanguin consécutif, accompagné d'emphysème et souvent d'apoplexie pulmonaire et d'hémoptysie, l'attention des médecins ne tarda à constater des faits cliniques et anatomo-pathologiques à l'appui.

Brown-Sequard, en déterminant des hémorrhagies pulmonaires par une plaie du pont de Varole ou des pédoncules cérébraux et cérébelleux, la moelle allongée et le nerf spinal, a encore agrandi le cercle des observations à ce sujet. Il en est de même par l'ablation du ganglion sympathique thermique et des ganglions cervicaux, comme M. Cl. Bernard l'a établi expérimentalement.

L'observation des malades a bientôt confirmé ces résultats. Lallemand, Durand Fardel, Olivier d'Angers, ont relaté de nombreux exemples, dans leurs ouvrages, de congestion pulmonaire, d'emphysème, de pneumonie secondaire ou d'apoplexie pulmonaire survenant neuf à dix heures après l'hémorrhagie cérébrale ou d'autres affections du cerveau et de la moelle épinière.

Dans ces dernières années surtout, M. Charcot a souvent rencontré chez les vieillards, à la suite d'hémorrhagies cérébrales, des pneumonies lobulaires qui lui semblaient dues à une influence névro-paralytique. M. Ollivier a constaté aussi une congestion avec apoplexie du poumon chez deux hémiplégiques, du côté opposé à la paralysie, avec un foyer hémorrhagique dans le corps opto-strié gauche. M. Lépine a érigé en espèce spéciale l'hémiplégie pneumonique, comme

d'autres, la pneumonie cérébrale. V. Apoplexie pulmonaire, 1873.

La fréquence de l'apoplexie pulmonaire a surtout été mise en relief par M. Duguet dans sa thèse d'agrégation en 1873. Rilliet et Barthez, ainsi que Barrier, ont aussi mentionné les lésions du poumon consécutivement à la méningite tuberculeuse.

Il est commun, d'ailleurs, de voir les affections des centres nerveux s'accompagner d'hémorrhagies sous-cutanées et viscérales, d'hématurie, d'entéralgie, mais l'apoplexie pulmonaire et l'hémoptysie sont les plus fréquentes. Carwell, Copland les expliquent par une altération de la force vitale, tandis que les mécaniciens Haller, Neuman, Cullen, les attribuent à un spasme vasculaire ou à une paralysie vasculaire, suivant Brown. La découverte des vaso-moteurs, du *tonus* et du *laxus* des vaisseaux, vient aujourd'hui à l'appui de cette opinion.

Pour l'hémoptysie nerveuse en particulier, Joseph Franck avait devancé ces résultats de l'expérimentation en l'attribuant à la lésion des pneumo-gastriques. Si nous examinons, dit-il, l'origine, le trajet et la terminaison des nerfs pneumo-gastriques, leur union avec le cœur et les gros vaisseaux, nous ne serons plus étonnés que les passions de l'âme et les autres stimulations données par le cerveau, la colonne vertébrale, l'abdomen et les parties génitales favorisent la *pneumorrhagie* que nous appelons spasmodique ou nerveuse.

Trousseau a distingué aussi cette variété d'hémoptysie chez des femmes qui, sans éprouver de troubles notables de la menstruation, sont sujettes à des accidents nerveux et crachent du sang, souvent en assez grande quantité, sans que l'auscultation découvre aucune lésion de l'appareil respiratoire ou circulatoire. Et il cite à l'appui une femme sujette aux accidents nerveux les plus bizarres, et qui, jusqu'à l'âge de la ménopause, a éprouvé des hémoptysies si abondantes et accompagnées d'une gêne de la respiration, d'une dyspnée si grande, que, quoique n'ayant constaté aucun signe physique de tuberculisation, il jugea opportun de l'envoyer aux Eaux-Bonnes. Elle a vécu néanmoins jusqu'à un âge avancé, avec de la fraîcheur, de l'embonpoint, sans que, ni chez elle, ni chez ses enfants, rien autorise à croire à l'existence des tubercules.

Cette variété d'hémoptysie nerveuse est donc bien réelle, et c'est afin de la rendre plus distincte et appréciable que M. le docteur Carré, médecin de l'hôpital d'Avignon, a collecté et réuni tous les faits s'y rapportant, au nombre de 23, dont 4 lui sont personnels. Ils sont divisés en deux séries, suivant que les symptômes nerveux se rattachent à une lésion matérielle des organes de l'innervation ou qu'ils sont dus à de simples névroses.

Cette hémoptysie paraît aussi rare dans les affections du cerveau et de la moelle que l'apoplexie pulmonaire est fréquente. Le premier cas observé par M. Carré était chez un cordonnier, âgé de 56 ans, atteint de *myélite chronique avec des symptômes d'atrophie musculaire progressive.*

En février 1873, il est pris, pour la première fois, d'un crachement de sang clair spumeux après quelques jours de toux. L'auscultation du cœur et de la poitrine ne décèle rien d'anormal. Pas d'alcoolisme ni de syphilis, ni aucun antécédent héréditaire de tubercules.

Une nouvelle hémoptysie a lieu le 30 juin, et, peu de temps après, il y a un crachement de sang noir presque tous les matins, parfois mélangé de pus avec essoufflement et dyspnée.

L'état général s'aggravant, ce malade entra à l'hôpital où il fut soumis à un traitement tonique et réparateur sans aucun succès. Il succomba en 1875 à une dysenterie chronique.

Il est remarquable que tant que la maladie s'est bornée à la moelle épinière, c'est-à-dire pendant plusieurs années, le malade n'a jamais craché le sang. Cet accident est devenu de plus en plus fréquent à mesure que les troubles du côté des membres supérieurs, des sens et de la tête, ont révélé que ces parties étaient envahies par le processus morbide. Plus tard, les hémorrhagies pulmonaires sont devenues quotidiennes et pour ainsi dire constantes, à mesure que s'accentuaient les mouvements fibrillaires et l'atrophie du membre supérieur droit. A cause de cette corrélation, ce fait est d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'un homme et qu'un élément d'erreur ou de fausse interprétation : la menstruation, se trouve ainsi écarté.

Les observations II et III ont pour sujets des femmes non mariées, de 30 à 40 ans, atteintes depuis longtemps d'acci-

dents nerveux. La première avait eu des accès d'hystérie à l'époque de la puberté avec hémoptysie, ce qui se rencontre fréquemment ; mais ces hémoptysies ayant continué ensuite, avec une hémiplégie transitoire, des symptômes d'atrophie musculaire progressive et le symptôme de Cheyne indiquant une altération du bulbe, l'auteur rattache cet accident à une lésion organique plutôt qu'à la névrose.

La seconde était atteinte d'irritation spinale avec douleurs lancinantes, térébrantes, et sensibilité anormale de la moelle épinière. L'hémoptysie coïncidait toujours avec les crises nerveuses sans correspondre avec l'époque des règles. On ne peut méconnaître la valeur de ces connexions intimes et l'on ne saurait attribuer la succession de ces phénomènes au hasard.

La quatrième malade est encore une hystérique de 43 ans qui fut également prise d'hémoptysie deux ou trois fois par semaine, en dehors de maladie du cœur et des poumons comme de la menstruation, tandis qu'elle coexistait avec d'autres hémorrhagies et certains troubles vaso-moteurs. L'apparition d'un érysipèle vint suspendre à la fois les crises convulsives et les hémorrhagies.

Les observations suivantes, extraites de Pomme et autres auteurs, n'ont rien de nouveau. Il s'agit d'hystériques dont les hémoptysies remplaçaient les règles et coïncidaient avec cette fonction. Ce fait est généralement admis dans la science par les auteurs anciens et modernes. Dans le huitième des cas, suivant Puech, des femmes nerveuses et hystériques, les menstrues sont remplacées, pendant un temps plus ou moins long, par des épistaxis, des hématémèses ou des hémoptysies.

Faut-il les rapporter dans ce cas à la perturbation du système nerveux ou aux troubles menstruels ? Suivant M. Bernutz, ces diverses hémorrhagies peuvent être rapportées à cette dernière cause, excepté quand les règles sont normales; elles sont alors manifestement le résultat de la perturbation imprimée par l'hystérie à l'hématopoïèse. Les sueurs de sang peuvent être rapportées à une sorte d'hémophylie. C'est avouer qu'il est impossible de déterminer les cas où l'une de ces causes agit à l'exclusion de l'autre. Pourquoi ne pas admettre qu'elles agissent simultanément?

7 autres observations, collectées dans les auteurs, montrent que l'hémoptysie peut survenir également dans la chorée, l'épilepsie, l'hypochondrie, mais souvent encore avec des troubles de la menstruation.

Il est donc manifeste, d'après ces 17 observations, que les maladies nerveuses prédisposent aux hémorrhagies et notamment à l'hémoptysie et l'apoplexie pulmonaire. De là l'importance de la distinguer avec l'hémoptysie tuberculeuse. En général, elle est moins abondante, le sang est souvent un peu décoloré et mélangé à une grande quantité d'écume bronchique. Rarement il y a toux concomitante. L'expulsion du sang est parfois précédée d'un gargouillement laryngien.

L'hémoptysie nerveuse se montre rarement seule, elle coïncide ou alterne ordinairement avec d'autres hémorrhagies : épistaxis, hématurie, entérorrhagie, ecchymoses sous-cutanées, etc. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

La turgescence des vaisseaux de la face et du cou, l'augmentation des veines variqueuses des membres pendant les crises hystériques, la congestion et la pâleur alternatives du visage, sont aussi des phénomènes vaso-moteurs qui se rencontrent avec elle, de même que des boutons et des élevures sur le front, une rougeur de la peau et des taches ressemblant à celles de la rougeole, les ecchymoses punctiformes signalées par Trousseau et Jaccoud dans l'épilepsie. Un érysipèle est survenu dans un cas, la suppression des urines dans un autre, mais tous ces derniers symptômes n'ont rien de fixe ; les vomissements sont plus fréquents.

La température est parfois modifiée, mais le meilleur signe différentiel est l'intégrité des poumons et du cœur constatée par l'auscultation. En l'absence de toute donnée anatomo-pathologique, et la plupart des malades n'étant pas suivis, il est difficile d'affirmer que la phthisie n'a pas terminé la scène. L'hémoptysie peut se montrer parallèlement avec les accès d'hystérie, lorsque la menstruation s'établit, et se terminer par la phthisie galopante. Deux cas en sont ainsi relatés par M. Carré. Dans un troisième, des attaques d'épilepsie coïncidèrent avec l'époque des règles chez une fille de 14 ans. Une hémoptysie survint avec des redoublements le soir, puis la mort, et l'autopsie montra un abcès

dans la partie supérieure du poumon droit. Quelle interprétation donner dans ce cas à la cause productrice de l'hémoptysie? Si l'action paralysante des vaso-moteurs peut seule la provoquer, comme des exemples le prouvent, ces derniers faits ne montrent-ils pas aussi qu'une prédisposition tuberculeuse des poumons peut y contribuer? M. Carré ne voit, au contraire, que l'action du sytème nerveux et il invoque, en faveur de cette opinion, 3 observations d'hystériques qui eurent des hémoptysies dans leur jeunesse, pendant leur grossesse, avec de graves phénomènes tuberculeux, et qui guérirent ensuite. Mais ce sont des faits complexes desquels il est difficile de tirer des conclusions.

Le diagnostic différentiel est d'autant plus nécessaire qu'un pronostic tout différent en est la conséquence. Autant l'hémoptysie tuberculeuse est grave, autant l'hémoptysie nerveuse l'est peu. L'issue en est ordinairement heureuse. Elle est plus grave si des hémorrhagies multiples s'y joignent par suite de l'altération du sang. La nature et l'étendue de la maladie nerveuse doivent donc faire toute la gravité du pronostic.

C'est aussi contre elle que doit être dirigé le traitement. La saignée doit être exclue comme nuisible. Les révulsifs sont plus utiles, mais c'est surtout aux grands bains tièdes prolongés qu'il faut recourir, ainsi qu'à l'hydrothérapie. L'arsenic et le sulfate de quinine paraissent indiqués ensuite, à cause de leur action directe sur la contractilité capillaire et indirecte sur la moelle et les vaso-moteurs. C'est ainsi que M. Verneuil les emploie dans certaines hémorrhagies passives.

Les antispasmodiques, le bromure de potassium, le chloral, la valériane n'ont pas donné de résultats plus satisfaisants que les narcotiques à l'intérieur et les injections sous-cutanées. La belladone mérite surtout d'être étudiée à cause de son action élective sur les vaso-moteurs. (*Arch. de méd.* janvier, février et mars.)

HÉMORRHAGIES. *Conservation du sang dans les membranes séreuses.* Le sang d'une hémorrhagie intra-pleurale consécutive à une blessure, ayant été aspiré par la ponction, 14 jours après l'accident, fut trouvé liquide et se coagula seulement après son exposition à l'air. Frappé de

ce résultat et de la ressemblance histologique des membranes séreuses avec les vaisseaux lymphatiques, où la lymphe se maintient liquide pendant la vie comme le sang dans les veines et les artères, le docteur Penzoldt a tenté des expériences sur des lapins et un bouc pour savoir si le sang se conserverait également fluide. En voici le résultat sommaire.

Introduit dans la cavité thoracique, le sang s'est maintenu liquide quelques heures seulement quand il était en grande quantité ; plus longtemps quand il n'y en avait que peu, mais jamais plus de vingt-quatre heures. En plus des caillots, on trouvait ensuite un fluide sanguin qui n'était que le sérum de l'hémorrhagie et ne se coagulait pas après l'évacuation, si ce n'est dans le cas d'épanchement secondaire. La plèvre vivante et saine retarde ainsi la coagulation du sang.

Du sang introduit dans le péritoine reste fluide pendant quelque temps et est absorbé en peu de jours ou se coagule lorsqu'il ne l'est pas. Dans le péricarde, au contraire, le sang se coagule rapidement. L'absorption du sang ou du sérum paraît très-lente dans la plèvre du lapin, mais très-rapide dans le péritoine.

Dans plusieurs cas, la pleurésie a suivi l'hémo-thorax et d'autant plus rapidement que l'hémorrhagie était plus abondante. Au contraire, peu ou pas de changements ont eu lieu dans le péritoine.

Il est donc probable, d'après ces résultats, que le liquide aspiré chez l'homme n'était qu'un épanchement mêlé de sang et de globules rouges du sang extravasé. Des caillots existaient probablement, car du sang liquide en aussi grande quantité ne peut rester si longtemps sans se coaguler. Il est donc probable qu'une simple ponction, pour vider un épanchement sanguin dans la plèvre, ne peut avoir qu'un effet partiel. (*Deuts. archiv für klin. med.* 1876.)

On peut se reporter à la discussion qui a eu lieu à ce sujet, à la Société de chirurgie, à propos d'un caillot sanguin trouvé dans l'articulation du genou, 14 jours après sa formation. — V. Sang, 1876.

Hémorrhagies méningées. *Néphrite concomitante.* On savait que l'hémorrhagie cérébrale se montre fréquemment

à la suite de la néphrite interstitielle, mais on ignorait que celle-ci accompagne le plus souvent l'hémorrhagie méningée. C'est ce que James Goodhart a montré par l'analyse de 46 observations de cette hémorrhagie, dont 36 recueillies à l'hôpital Guy de Londres dans l'espace de vingt ans. Dans 8 cas, la cause était un traumatisme du crâne ; il n'y a donc pas à en tenir compte ; mais dans les 41 cas restants, 20 fois on rencontra une néphrite interstitielle concomitante ; 13 fois elle était associée à l'hypertrophie gauche du cœur, 6 fois il y avait hypertrophie cardiaque sans lésions rénales.

Cette concomitance est une preuve pour l'auteur que, dans le cas d'anévrysmes miliaires, tous les vaisseaux sont malades, athéromateux. Au lieu de ne voir là qu'une périartérite, comme M. Charcot, ce serait une altération analogue à l'artério-fibrose de Gull et Sutton, c'est-à-dire une maladie générale des vaisseaux résultant de l'excès de pression artérielle due à la lésion du rein.

Bien d'autres causes d'hémorrhagies locales et générales peuvent sans doute produire celle-ci. L'auteur la considère comme une complication de la pachy-méningite et cependant la contracture, qui est le signe habituel de celle-ci, ne s'est montrée que 4 fois. Les convulsions ont manqué aussi très-souvent, mais le coma s'est toujours montré de bonne heure et la mort subite en a été assez souvent la conséquence. Il y a donc lieu d'établir le diagnostic différentiel de cette hémorrhagie, conséquence des anévrysmes miliaires, avec celle causée par la pachy-méningite. (*Guy hosp. reports.*)

Hémorrhagies utérines. *Incision du col.* Les gynécologistes anglais et américains ont tant abusé de cette opération, depuis Simpson jusqu'à Sims, qu'il est devenu indispensable de spécifier rigoureusement les cas où on l'emploie. Son mode d'action n'est même pas encore exactement connu. Tandis que, pour les uns, cette division de l'orifice interne, étroit ou contracté, a pour effet, en livrant un passage plus facile au fluide séminal, de faire cesser la stérilité et d'arrêter la dysménorrhée, en empêchant l'accumulation des produits secrétés dans l'utérus et celle des caillots dont la rétention est une cause d'hémorrhagie ; pour d'autres, au

contraire, elle n'agirait que comme antagoniste de la contracture du corps et en neutralisant le col. Devant ces contradictions, le seul moyen d'assurer l'avenir de cette opération est donc d'en bien déterminer les résultats.

Comme M. Gaillard Thomas, c'est surtout contre les hémorrhagies produites par les fibrômes ou polypes intra-utérins que le docteur Thomas Savage a recours à l'incision du col. Il en rapporte six observations chez des femmes encore jeunes ou âgées, en proie à des pertes plus ou moins durables et abondantes. Mais, chez toutes, la présence d'un fibrôme ne fut pas démontrée. Chez la première notamment, « l'utérus était seulement gros, arrondi au toucher sur le plancher vaginal avec le col légèrement ouvert. De même chez la troisième. » Assurément ce ne sont pas là des preuves convaincantes de l'existence de polypes. Des tumeurs, parfois énormes, furent perçues au toucher dans les autres cas, mais sans que la nature en ait été démontrée. La capsule ayant été incisée dans deux cas et des tentatives d'énucléation de la tumeur ayant été faites ensuite, un frisson eut lieu dans le premier et la femme mourut de septicémie.

Le seul fait intéressant et certain à retenir de ces observations, c'est que, dans 5 cas, les pertes, les hémorrhagies, qui avaient résisté à divers topiques, ont été arrêtées, sinon diminuées, après cette incision du col utérin et que les femmes en ont été soulagées, améliorées, sinon guéries. Cette incision résulte ordinairement d'un simple coup de ciseaux sur les côtés du col, parfois sur la lèvre postérieure ou avec un bistouri boutonné introduit à travers le spéculum. Aucune hémorrhagie n'est signalée, sans doute en raison de son peu d'étendue. C'est donc un moyen à essayer contre les hémorrhagies rebelles et persistantes. (*Lancet*, septembre, n° 13.)

Injections hypodermiques d'ergotine. Employées avec beaucoup de succès contre les métrorrhagies en général, par M. Moutard Martin avec la solution suivante :

℞ Ergotine de Bonjean		2 grammes.
Glycérine	} àà	15
Eau		
Mêlez.		

Un gramme et demi de cette solution suffit à arrêter en

moins d'une heure, l'écoulement du sang. Bien qu'un peu douloureuse, cette injection ne produit aucun effet topique dangereux. M. Bucquoy a vu les métrorrhagies produites par le cancer s'arrêter instantanément en remplaçant l'eau par une double quantité de glycérine. (*Journ. de thérap.* juillet.)

Bains chauds. Ils doivent avoir une température de 33 à 36° C., durer de 20 à 30 minutes et se renouveler jusqu'à cessation de la métrorrhagie. Un ou deux bains suffisent ainsi à l'arrêter, alors qu'elle avait résisté à tous les hémostatiques. MM. Tarnier et Bailly ont vulgarisé ce moyen contre les hémorrhagies des suites de couches, surtout à partir du dixième jour après l'accouchement. La fluxion produite sur la peau, par la chaleur humide, décongestionne et anémie les organes intérieurs. (*Bull. de thérap.* 30 septembre.)

Hémorrhagies post-partum. *Prévention.* Un moyen de les éviter, selon le docteur G. Harrison, serait de provoquer la délivrance par la méthode de Crédé, c'est-à-dire en exerçant des pressions lentes et fermes de haut en bas et en arrière sur le fond de l'utérus avec une ou deux mains, aussitôt après la naissance de l'enfant. Peu de placentas résistent à cette manœuvre. Sur 1236 accouchées en 1874, à l'hôpital Rotunda de Dublin, délivrées de cette façon, 2 seulement ont eu des accidents consécutifs à la rétention du placenta due à des adhérences morbides partielles et peu étendues.

Pour les arrêter, l'injection hypodermique de 30 gouttes, soit 1 gr. 80 environ d'un alcoolé très-concentré de l'extrait éthéré de seigle ergoté, s'est montrée infiniment supérieure pour la rapidité et la certitude d'action à son emploi interne. A son défaut, les injections intra-utérines d'eau chaude se sont montrées d'une efficacité très-remarquable à la clinique de l'hôpital des femmes de New-York. (*Amer. journ. of obst.* octobre 1876.)

Ballon intra-utérin. C'est le moyen employé par le docteur Hyatt pour provoquer les contractions utérines et fermer l'issue des vaisseaux béants. On le gonfle d'air et d'eau

froide après son introduction au moyen d'un tube adjacent. Plusieurs exemples sont rapportés à l'appui de son efficacité. C'est l'analogue du double ballon employé par M. Chassagny de Lyon. (*Idem.*)

HÉMORRHOÏDES. *Guérison immédiate.* Sous ce titre quelque peu charlatanesque, un chirurgien honorable, M. Reeves, de *London's hospital*, préconise un nouveau traitement avec le cautère de Paquelin. Les boutons hémorrhoïdaux étant bien exposés au dehors, il les ponctionne avec une pointe conique qu'il a fait adapter à ce cautère. Le nombre des cautérisations varie suivant le volume de l'hémorrhoïde : celle du volume d'une petite noisette en réclame trois. Il tourne l'aiguille rouge sur elle-même avant de la retirer, car, autrement, une partie de l'eschare peut s'attacher à l'instrument et s'enlever avec, en déterminant une hémorrhagie. Quand les hémorrhoïdes sont anciennes, dures, il les cautérise jusqu'au fond, ainsi que les veines adjacentes, les transformations fibreuses, et jusqu'aux ulcérations et fissures du voisinage.

Les hémorrhoïdes ainsi fanées sont réduites, rentrées et tenues en place avec un suppositoire morphiné. L'opium est administré pour éviter les selles pendant deux ou trois jours, et, du quatre au cinquième, un lavement tiède est donné avec un laxatif le lendemain. Sur 18 malades de 23 à 60 ans ainsi traitées, dont 16 à l'hôpital des femmes, 15 ont été guéries en une semaine, 2 en dix jours, et une en quinze, à cause de complications urinaires ou utérines préexistantes. Examinées depuis, aucune n'a présenté ni rétrécissement ni lésion du rectum.

C'est donc là de tous les caustiques le plus promptement efficace. Il est peu douloureux et ne réclame pas l'anesthésie. La dilatation du sphincter est beaucoup plus douloureuse. De tous les procédés employés, la pince et même la ligature, aucun n'a donné à l'auteur un résultat aussi facile, prompt et sûr. Il n'y a pas eu de récidive. Des veines attenantes peuvent bien se dilater de nouveau chez les malades prédisposés, mais il n'y a qu'à les traiter de même. (*Lancet*, n° 6.)

Mais cette méthode, pas plus que les autres, n'est applicable à tous les cas. C'est ainsi qu'à propos d'un mémoire du docteur Fontan en faveur de la dilatation forcée, la plu-

part des chirurgiens ont fait des réserves, suivant la cause qui produit ces varices du rectum. On ne doit dilater que quand le sphincter est en cause. L'érection de l'hémorrhoïde est occasionnée par la contracture du sphincter, même quand il n'y a pas de douleur, et c'est alors que la dilatation réussit. Elle réussit aussi quand le bourrelet sort à chaque instant, saigne et cause des douleurs intolérables ; elle est surtout curable quand il y a hémorrhagie sans douleur. Mais quant aux hémorrhoïdes produites par l'hypertrophie du foie, la dilatation est inutile. Dans trois cas de ce genre, cités par M. Duret, on traita les malades par l'hydrothérapie, le foie dégonfla et les hémorrhoïdes disparurent.

Les hémorrhoïdes enflammées ne sauraient davantage être traitées par la dilatation ni les caustiques, surtout s'il y a phlébite. Il suffit d'attendre pour que celle-ci les modifie profondément.

Dans la procidence du rectum avec hémorrhoïdes, l'ignipuncture convient à l'exclusion de la dilatation, de même que contre l'hémorrhagie. La douleur excessive, étant l'indice de la fissure, réclame la dilatation. Quand elles sont produites par la constipation, il faut n'aller à la selle que le soir, prendre un lavement froid, le rendre et se coucher. (*Soc. de chirurgie*, février.)

Du traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée des sphincters de l'anus, par le docteur J. Fontan.

Injections phéniquées. C'est le moyen employé par les guérisseurs dans l'Illinois et les États voisins, d'après le professeur Andrews de Chicago. Ils annoncent la guérison sans opération ni douleurs, et se servent d'une solution d'acide phénique dans l'huile bien pure, dans la proportion d'un tiers jusqu'à partie égale d'acide. Quatre à six gouttes sont injectées à la fois dans l'hémorrhoïde même. La tumeur pâlit, s'affaisse, sans que l'inflammation empêche le malade de vaquer à ses affaires. On injecte successivement ainsi les autres tumeurs à quelques jours d'intervalle. Aucun accident n'en est résulté, bien que des embolies puissent se produire. (*Chicago journal.*)

HÉMOSTASE. *Ligature préventive des veines.* — V. TUMEURS DU SEIN.

HERNIES. *Persistance de l'étranglement après le débridement.* Une nouvelle cause en est indiquée par M. Farabeuf : c'est la réduction de l'intestin hernié sous le péritoine par l'incision faite au collet du sac. Assistant à la kélotomie d'une hernie inguinale étranglée, il vit le chirurgien débrider en haut et en dehors. L'opéré mourut avec les symptômes persistants de l'étranglement. L'autopsie montra que l'anse intestinale s'était engagée sous la séreuse péritonéale par l'effet du taxis. Elle était ainsi restée sous le péritoine dans la fosse iliaque.

L'autopsie d'une femme morte après l'opération d'une hernie crurale étranglée lui montra également l'anse intestinale refoulée sous le péritoine par la fente du débridement.

Un débridement limité est donc commandé par cet accident, car, trop étendu, il facilite le décollement de la séreuse sous les efforts du taxis, et ainsi la persistance de l'étranglement sous le péritoine. (*Soc. de chir.* 25 juillet.)

Ligature élastique du sac. Elle est employée avec succès par M. D. Mollière pour mieux assurer la réduction de l'intestin et l'occlusion du péritoine, comme il en donne douze exemples. Mais c'est seulement quand l'intestin est sain et que le débridement est fait en dehors du sac et peu étendu. Autrement, l'accident signalé par M. Farabeuf serait plus à craindre. Il la pratique même après la réduction sans ouverture du sac et dans les hernies entéro-épiploïques, quand l'épiploon adhère à l'intérieur du sac.

La contre-indication existe dans les cas opposés.

La ligature est faite avec un fil fort au niveau du collet, et le sac est réséqué, excisé au-dessous. La chute a lieu dans les 8 à 10 jours suivants, selon la constriction exercée et l'épaisseur du sac. (*Lyon méd.*, nos 31 et 32.)

Pansement phéniqué. Cinq kélotomies pratiquées sous le nuage phéniqué par M. James West, à l'hôpital de la Reine à Birmingham, d'avril à juillet, pour quatre hernies inguinales et une fémorale, lui ont donné cinq succès, sans suppuration de la plaie, sans élévation du pouls ni de la température. Il en fait honneur au nuage phéniqué tiède employé selon les indications du professeur Lister. (*Lancet*, 18 août.)

Cure radicale. Les résultats favorables obtenus par M. Nussbaüm dans diverses opérations sur le péritoine, par l'emploi du catgut pour les sutures et le pansement de Lister, lui ont fait tenter cette cure radicale dans le cas suivant.

L'intestin étant vidé par un purgatif, le malade fut endormi, et la hernie mise à nu. Le contenu du sac étant refoulé dans l'abdomen, une suture en surget avec du catgut fut appliquée, aussi haut que possible, sur le collet. Excision du surplus du sac à environ un centimètre de la suture repoussée aussi dans l'abdomen. On ferme la plaie avec la soie antiseptique et le pansement de Lister.

Aucun accident. La plaie guérit très-promptement et le résultat fut excellent. On peut donc tenter la même opération après la kélotomie pratiquée dans les hernies étranglées. (*Viener med. Press*, n° 11, 1876.)

Hernies épiploïques. *Pince caustique.* Après avoir établi dans un mémoire étendu, publié quelques jours avant sa mort, la gravité de la présence de l'épiploon dans les hernies et sa fréquence dans les hernies scrotales en particulier, le professeur Valette (de Lyon) a tracé la conduite à tenir lorsqu'on en trouve dans le sac herniaire. Sa réduction avec l'intestin, son abandon dans la plaie, son excision ou sa ligature lui paraissent plus ou moins dangereux. La cautérisation, instituée par Bonnet, a sa préférence, mais surtout avec le perfectionnement qu'il y a apporté. C'est l'ablation de la partie exubérante de l'épiploon avec la pince caustique. En provoquant ainsi l'occlusion immédiate du péritoine, il prévient l'extension de l'inflammation à la séreuse que tous les autres procédés tendent à produire.

Après avoir commencé, comme d'habitude, par le débridement et la réduction de l'anse intestinale, l'épiploon est confié à un aide qui le soulève par son extrémité libre ; les deux lèvres du sac comprenant cette masse étant appliquées l'une contre l'autre, les branches de la pince caustique sont serrées à la surface de ces lèvres et étranglent ainsi une petite partie du sac et l'épiploon dont on excise la partie exubérante. Et pour empêcher le retrait de ce moignon, trois ou quatre épingles sont passées transversalement au-devant des pinces ; une bandelette de pâte de Canquoin est ensuite appliquée sur la saillie en dehors de la pince. Un

bourrelet de ouate, gros comme le doigt, bien imbibé d'huile, placé sous la pince, préserve les tissus sous-jacents de la diffusion du caustique.

Les suites de cette opération ont toujours été des plus simples, comme une observation le montre. L'occlusion du sac est assurée et la masse épiploïque éliminée par la cautérisation. Une cicatrice solide ferme l'ouverture abdominale. Les douleurs sont moins intenses et moins longues, par cette ligature caustique, qu'avec la ligature simple de l'épiploon.

Cette méthode est applicable, d'après l'auteur, dans les cas d'épiplocèle ou d'entéro-épiplocèle irréductible, lorsque la hernie, sans mettre l'existence en péril, est le siége de douleurs et la source de malaise empêchant l'exercice régulier de la profession. (*Lyon méd.* n° 48, 1876.)

M. D. Mollière donne la préférence à la ligature élastique, comme on l'a vu, en raison de la fusion du caustique et des complications, de la suppuration hémorrhagique inflammatoire qui peuvent en résulter. L'inflammation de l'épiploon seule en est une contre-indication.

Hernies ombilicales congénitales. *Injections hypodermiques salées.* Toujours ingénieux et original dans ses applications thérapeutiques, M. Luton a tenté une nouvelle application de ses injections dans les tissus morbides, qu'il a tant contribué à répandre et à vulgariser. Ayant à soigner un garçon de sept mois, très-criard et toussant, atteint d'une hernie ombilicale qui résistait au bandage, il conçut l'idée de suppléer à l'insuffisance du travail irritatif en vertu duquel l'anneau ombilical se resserre. Il injecta, aux quatre points cardinaux de l'ombilic, 10 gouttes d'une solution de el marin, saturée à froid et bien filtrée. Une compresse et un bandage de corps constituèrent tout le pansement. Il en résulta autant de petites tumeurs indurées, sans tendance à la suppuration. Tout se passa simplement, la résolution fut lente et ce n'est qu'un mois après que la hernie disparut définitivement, quoique l'enfant fût plus criard que jamais, lors de sa première dentition.

La même opération réussit chez un autre enfant, mal venant. Une injection fut pratiquée à droite et à gauche de l'ombilic. Il se développa deux petits abcès qui, ouverts avec

la lancette, donnèrent un pus franchement phlegmoneux. La cicatrisation entraîna le retrait de l'anneau et une guérison définitive, comme le montra la mort survenue quelques mois après d'une diarrhée compliquée de muguet.

Une tuméfaction notable de chaque piqûre survint également chez un nouveau-né, dont l'anneau admettait l'extrémité de l'index. L'intestin sortait à chaque effort et rentrait à la moindre pression. Néanmoins l'orifice opéra bientôt son mouvement de retrait et, à six semaines, l'enfant était complétement guéri de sa hernie ; la région ombilicale avait repris son aspect normal. Au lieu d'être saillant, le bouton ombilical est enfoncé comme chez l'adulte.

Mais il n'en fut pas de même contre une hernie inguinale gauche congénitale, ayant résisté à des bandages appropriés. Cinq gouttes d'eau salée, saturée et filtrée à froid, furent injectées dans le tissu cellulaire très-abondant au niveau de l'anneau inguinal externe. Du gonflement avec sensibilité locale se développa et la hernie, maintenue par un bandage en huit de chiffre, cessa de sortir pendant la première semaine. Mais elle reparut peu à peu plus fréquemment. Un canal remplaçant ici l'anneau, il y aurait peut-être lieu de pratiquer des injections sur son trajet à des profondeurs variables.

Ce procédé est-il inoffensif, comme l'admet M. Luton? Les praticiens en jugeront d'après les faits et pourront l'expérimenter pour la cure radicale des hernies d'adultes, comme il le propose. Ce moyen peut être supérieur aux autres pour suppléer à l'insuffisance de l'irritation physiologique qui doit amener la rétraction de l'anneau ombilical chez les enfants, mais réussira-t-il de même chez les adultes contre les autres hernies? c'est là la question. (*Mouvement méd.*)

En relatant ces effets dans son *Recueil de médecine vétérinaire*, M. H. Bouley conseille aux vétérinaires qui exercent dans les pays d'élèves de tenter l'application de cette méthode contre les hernies ombilicales des jeunes poulains. Cette injection sous-cutanée, au pourtour de la tumeur, de quelques gouttes d'une solution de sel marin saturée à froid et filtrée, ne paraît pas avoir les inconvénients que les acides, les caustiques, employés en pareil cas pour la destruction du sac herniaire, ont quelquefois. Un premier essai a pourtant déterminé de la suppuration en raison de la facilité parti-

culière de sa formation chez le cheval. Il faudrait donc commencer à faibles doses, afin de ne pas provoquer cet accident. (15 juillet.)

C'est ce qu'a fait avec succès M. Marcellin Molinié, vétérinaire à Lavaur, sur trois muletons et deux jeunes chiens. L'injection d'une solution concentrée de sel marin n'ayant eu aucun résultat, il lui a substitué une solution au 30e d'acide phénique, soit un gramme sur 30 d'eau; vingt-six jours après, la hernie avait disparu, et le bouchon obturateur avait comblé l'ouverture herniaire. La peau formant le sac était ratatinée et un peu épaissie. On sentait, sous les doigts, l'épiderme qui se détachait comme une lame de parchemin, de la périphérie au centre. (*Idem*, 15 août.)

HYDROCÈLE. *Oligurie et polyurie réflexes*. Dans trois cas communiqués par le docteur Nepveu au Congrès de l'Association française, il y eut, pendant les trois à quatre jours qui suivirent la ponction et l'injection iodée, après de très-vives douleurs dans les bourses, le long du cordon et dans les reins, une diminution de près de moitié de la quantité normale des urines. Elle tomba ainsi de 6 à 700 grammes par jour au lieu de 1200 pour augmenter jusqu'à 1500 gr. à 2000 les trois à quatre jours suivants, avant de reprendre son niveau normal. Une épididymite consécutive à la blennorrhagie produisit le même effet.

D'où l'auteur conclut que le testicule peut être, dans certaines conditions anormales, le point de départ d'actions réflexes qui agissent sur la sécrétion urinaire, se traduisant par des oscillations inverses. Ce fait établit donc la réalité des connexions physiologiques entre la sécrétion rénale et l'irritation des plexus spermatiques. (*Gaz. hebd.* n° 36.)

HYGROMA. Au lieu de la compression forcée préconisée par Volkmann et Billroth, le docteur Corazza préfère la ponction évacuatrice comme plus facile, moins douloureuse et d'un succès aussi probable. Il préfère, dans tous les cas, se servir tout d'abord de ce moyen que de la compression forcée, tant que les éléments des tissus de l'hygroma ne paraissent pas réfractaires à l'inflammation produite par la ponction. (*Raccoglitore med.* 1876.)

Volkmann s'est mis d'accord en préconisant l'incision

dans l'hygroma prérotulien. Six hygromas chroniques du genou et un de la bourse de l'anconé, traités ainsi, n'ont été suivis ni de fièvre, ni de suppuration, pas même de gonflement.

Après avoir fendu longitudinalement le sac dans une étendue de 15 à 30 millimètres, on pratique l'excision d'un morceau elliptique de chaque lèvre si les téguments sont très-relâchés. On enlève ensuite les corps riziformes et les cordons qui traversent la cavité ; on gratte les caillots accolés aux parois et, après des lavages répétés du sac avec une solution phéniquée à 5 pour 0/0, assez énergique pour provoquer une inflammation plastique, on fait un pansement compressif avec un bourrelet de la gaze de Lister. Un ou deux drains sont appliqués s'il est nécessaire. La jambe est placée sur une gouttière et fixée dessus avec quelques tours de bande.

Les parois du sac s'accolent complétement en deux ou trois jours et, après trois ou quatre pansements, renouvelés en huit à dix jours, un pansement simple suffit. La cicatrisation est complète en quinze jours ou trois semaines. (*Berlin. klin. Wochensk.* 1876.)

HYSTÉRIE. Terme séduisant et trompeur — *misleading* — dit le docteur Mortimer Granville, confondant des conditions de nature différente et des causes entièrement distinctes. Une maladie si protéiforme ne peut avoir une étiologie simple, ajoute le docteur Coupland. Ce mot forme ainsi un groupe artificiel de phénomènes morbides dissemblables, sans avantage pour la science. C'est ainsi qu'au lieu de révoquer en doute, à défaut de pouvoir les expliquer, les effets étranges obtenus récemment par la métallothérapie sur certains phénomènes morbides de cette maladie, plusieurs médecins anglais ont réclamé, comme indispensable, une enquête sérieuse à ce sujet. L'anesthésie et l'ischémie, qui se rencontrent dans certains cas, et surtout l'état mental des hystériques, doivent notamment être l'objet des recherches pour se rendre compte de l'heureuse influence de l'application locale de certains métaux. Voy. MÉTALLOTHÉRAPIE.

I

IDIOTIE CONGÉNITALE. *Primiparité.* L'extrême difficulté de saisir les causes de l'idiotie congénitale a fait rechercher au docteur Langdon Down si les différentes conditions de l'accouchement n'ont pas une certaine part dans sa production. Sur plus de 2,000 accouchements dont il a été témoin dans ces dix-huit années, il a trouvé que 24 p. 100 des enfants nés idiots étaient des premier-nés. La primiparité a donc une certaine part dans ce fait. Reste à distinguer quelle en est la cause efficiente.

La longueur et la difficulté mécanique de l'accouchement jouent certainement un rôle dans ce résultat, car le nombre des idiots mâles était plus que double de celui des filles, ce qui est attribué au plus grand volume du crâne qui donne lieu à une parturition plus difficile et prolongée, une pression continue avec mort apparente, aussi bien qu'à la plus grande tendance des garçons aux convulsions infantiles. Chez plus de 20 pour 100, des enfants idiots étaient nés en état de mort apparente — *suspended animation* — sans que l'action du forceps ni du seigle ergoté ait pu être précisée en raison de leur rare application.

Nous avons montré d'ailleurs que sur 554 idiots ou imbéciles en Écosse, le docteur Mitchell, inspecteur des aliénés, n'avait pu trouver que 22 applications de forceps et qu'en voulant en faire une cause de l'idiotie, il avait été réfuté par M. Ramsbotham qui, sur 498 applications de forceps, n'avait pas rencontré un seul cas d'idiotie. (*Union méd.* n° 99, 1862.)

Mais la plus puissante cause, à cet égard, est la santé physique de la jeune mère durant la gestation. Sa vie excitée, émotionnée, exaltée, des nausées, des vomissements prolongés, des frayeurs et une vive anxiété sont de puissants facteurs pour produire l'idiotie de l'enfant. (*Obstetrical Soc.* et *British med. journal*, décembre 1876.)

IMPERFORATION DU RECTUM. Deux cas s'en sont offerts presque coup sur coup, du 15 mars au 22 avril, à M. Polaillon, à la Maternité. Dans les deux cas, l'anus bien

formé était surmonté d'un cul-de-sac de deux centimètres de profondeur dans le premier et d'un centimètre et demi dans le second. La résistance élastique spéciale indiquant la présence de l'ampoule rectale ne put être perçue ni dans l'un, ni dans l'autre. Un trocart explorateur, c'est-à-dire très-fin, fut cependant enfoncé dans la direction du rectum et, dans les deux cas, du méconium fut trouvé dans la canule, preuve évidente qu'elle était parvenue dans l'intestin.

Dans le premier cas, la ponction avait produit un petit bruit analogue à un coup d'aiguille donné sur une membrane tendue; ce qui indiquait qu'une membrane mince séparait seulement l'anus du rectum. Une ponction avec le bistouri pointu et une large incision de la membrane séparative avec le bistouri boutonné suffirent en effet à donner un libre cours aux matières et l'enfant guérit parfaitement.

Dans le second cas, aucun bruit ne se produisit à la piqûre du trocart qui dut pénétrer de 3 à 4 centimètres avant que sa pointe ne fût sentie libre dans une cavité. C'était la preuve qu'une couche beaucoup plus épaisse de tissu se trouvait entre le fond de l'anus et l'ampoule rectale. Il incise donc avec le bistouri, puis, guidé par l'index, il décolle les tissus avec la sonde cannelée sans pouvoir découvrir l'ampoule. Il divise alors tous les tissus placés entre l'anus et la base du coccyx et résèque celui-ci. Une hémorrhagie en résulte. Il ponctionne de nouveau dans ce vaste infundibulum et n'ayant plus pour guide le cordon fibreux formé par le pseudo-anus pour parvenir dans l'ampoule où il aboutit, il ne peut retrouver celle-ci. Dès lors il pratique l'anus contre nature et une péritonite fait mourir l'enfant le troisième jour.

L'autopsie montra que l'ampoule rectale était à 2 centimètres au-dessus du fond du cul-de-sac anal. Elle était donc parfaitement accessible. Les tissus furent même trouvés décollés bien plus haut, mais en arrière de l'ampoule et en suivant le fond du coccyx ; ce qui a fait dire à M. Depaul qu'en poussant plus en avant sans réséquer le coccyx, ce qui est plutôt nuisible qu'utile, et en pressant sur l'hypogastre pour faire saillir l'ampoule, il aurait réussi.

Le meilleur guide à cet effet, pour M. Forget, est de suivre le cordon fibreux, plus ou moins long, constituant l'imperforation et qui établit un rapport anatomique direct entre

le fond de l'excavation anale et le renflement intestinal. L'incision du périnée et la résection du coccyx ne peuvent servir qu'à égarer dans cette recherche minutieuse. C'est en dirigeant l'index vers le sacrum que les parties ont ainsi été décollées à plusieurs centimètres au-dessus de l'ampoule, fausse route véritable que facilite encore la résection du coccyx. Il y a donc là un enseignement dont il faudra tenir compte dans les cas semblables. (*Soc. de chir.* juin.)

INCONTINENCE D'URINE. Lorsqu'elle se manifeste après l'accouchement et surtout un accouchement laborieux, on est toujours disposé à croire à une fistule vésico-vaginale. (*V. ce mot.*)

INJECTIONS. *Disques.* Ce sont de petits morceaux de gélatine, imaginés par M. Constantin Paul, contenant dans leur épaisseur la dose ordinaire des alcaloïdes les plus usités en injections sous-cutanées et servant à préparer extemporanément celles-ci. On les fait dissoudre avec un peu d'eau dans une petite capsule d'argent chauffée avec une lampe à alcool et l'on a ainsi, en quelques instants, une solution bien filtrée. Le nom et le poids de l'alcaloïde sont inscrits sur le disque de manière à éviter toute erreur. On peut les conserver longtemps sans altération. (*Soc. de thérap.*)

Injections hypodermiques. Il serait dangereux de les pratiquer, d'après M. Soulez, lorsqu'il existe une profonde altération de l'organisme, qu'elle résulte d'une fièvre grave ou d'une suppuration prolongée. La tolérance du tissu cellulaire cesse alors d'avoir lieu et la pratique des injections doit être proscrite.

Sur trois malades atteints de fièvre typhoïde, 18 injections ont été suivies 8 fois d'eschares ; sur un phthisique, 2 injections ont donné le même résultat. Tous les accidents débutent par la petite plaie de l'injection et il est évident que la gangrène reconnaît pour unique cause la diffusion du liquide dans les mailles serrées de la peau. Il est vrai qu'un opérateur maladroit, en labourant brutalement la peau, peut contribuer à ces accidents. Aussi la piqûre de l'aiguille doit-elle être directe et la pointe, une fois dans le

tissu cellulaire, doit être portée à une certaine distance de l'ouverture d'entrée. Il faut ensuite pousser l'injection lentement et opérer de légères frictions avec la pulpe du doigt pour diffuser le liquide. Retirer l'aiguille avec lenteur. (*Journ. de thérap.* nº 17, 1876.)

Pour la stabilité des solutions, M. Limousin conseille de se rapprocher toujours de leur point de saturation en les préparant, car il suffit qu'un cristal se développe pour devenir le centre d'une abondante précipitation. Il faut aussi tenir compte de la différence de température du laboratoire où la solution est préparée et le lieu où elle pourra être déposée ensuite. Une différence très-faible peut, en hiver, troubler une solution que le pharmacien avait livrée en parfaite solubilité. (*Soc. de thérap.* avril.)

Nitrate d'argent. L'efficacité de ces injections contre la sciatique rebelle en a fait étendre l'emploi par M. Ledentu contre les douleurs dues à d'autres causes. Des arthrites, accompagnées de souffrances plus ou moins vives, en ont aussi été utilement modifiées. Deux ou trois gouttes d'une solution au cinquième, injectées dans le tissu cellulaire sous-cutané, produisent une douleur excessivement vive, suivie, deux à quatre jours après, de la formation d'un abcès et de la diminution, sinon la disparition, des symptômes douloureux. Une femme atteinte d'une arthrite grave du genou droit, au cinquième mois de sa grossesse, et qui avait résisté aux vésicatoires, aux pointes de feu et aux appareils inamovibles, ayant été soumise à une injection argentique, un abcès s'ensuivit et les douleurs disparurent complétement, les mouvements volontaires ou communiqués se firent sans la moindre difficulté. Mais il restait la fausse ankylose.

Une révulsion interstitielle produite par ces injections les rend donc plus efficaces que les cautères à la pâte de Vienne et au fer rouge. Elles diminuent toujours les douleurs, quand elles ne les guérissent pas. Le petit abcès, qui en est la conséquence inévitable, s'ouvre du 4e au 5e jour, et est sans inconvénient. (*France méd.* nos 29 et 31.)

Éther. En excitant la circulation et en relevant la température, elles peuvent être substituées, dans certains cas, à la transfusion du sang dans les hémorrhagies post-partum

sans offrir les mêmes difficultés d'exécution. (V. Hémorrhagies, 1876.)

Dans sa thèse inaugurale sur ce sujet (*Paris*, 1877), Mlle Ocuonkoff conclut, de ses expériences, que ces injections déterminent, outre l'élévation de la température, l'augmentation de la pression artérielle, celle des sécrétions et de la combustion pulmonaire, l'agitation, l'hyperesthésie des sens et de la peau, la dilatation de la pupille.

Elles sont surtout utiles lorsqu'il s'agira de pratiquer une opération sur un individu tombé dans le collapsus (*V. ce mot*). On sait, en effet, que toute opération faite sur un blessé dont la température s'est abaissée au-dessous d'un certain chiffre est fatalement mortelle; il sera donc permis d'espérer qu'en relevant sa température par ce procédé, on pourra entreprendre, avec chance de succès, une opération qui, sans cela, eût été contre-indiquée.

Injections anesthésiques locales. *Chloroforme.* Au lieu de les employer exclusivement contre les névralgies (V. *année* 1875), M. E. Besnier en a étendu l'emploi contre la douleur sous toutes ses formes. Il résulte de ses expériences que, avec du chloroforme pur, elles ne déterminent pas d'accident local, ni de douleur très-vive, pas même de phénomène physiologique appréciable. Elles peuvent ainsi remplacer les injections morphinées, sans exposer les malades à aucun danger du morphinisme. La seule précaution à observer est d'introduire l'aiguille seule dans la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée, afin de s'assurer qu'elle ne pénètre pas dans un vaisseau comme l'ascension du sang le décélerait. On y adapte ensuite la seringue et l'on injecte.

Un gramme de chloroforme ainsi injecté a donné d'excellents résultats à M. Dujardin-Beaumetz; mais l'anesthésie s'étend peu au delà de la piqûre dont la trace est nulle. (*Soc. de thérap.* novembre.)

Injections mercurielles. — Voy. Syphilis.

INSOMNIE. Il est aussi difficile de déterminer les causes de ce mal redoutable que les moyens d'y remédier, car les unes et les autres varient à l'infini suivant les cas et les individus. Ce qui n'a pas empêché le docteur Willemin, de

Vichy, d'essayer, après tant d'autres, de les définir d'après les données les plus récentes de la science moderne. Les conclusions suivantes en résument tous les points principaux :

1. Le sommeil a pour cause la diminution d'activité des cellules nerveuses usées par le travail fonctionnel ; ces conditions physiques modifient l'innervation vaso-motrice ; l'afflux du sang diminuant, l'activité du cerveau est suspendue et la réparation des éléments nerveux s'opère.

2. La cause habituelle de l'insomnie est la persistance d'activité des éléments nerveux centraux, sous l'influence d'une excitation quelconque, interne ou externe ; elle peut dépendre aussi d'une congestion active du cerveau qui entretient l'activité fonctionnelle des cellules.

3. Elle peut encore résulter d'un état d'éréthisme coïncidant avec l'anémie générale et provenant d'une modification de la modalité des éléments nerveux.

4. Pour son traitement, il importe, avant tout, d'en rechercher la cause. L'insomnie passagère sera presque toujours arrêtée par le retour aux prescriptions de l'hygiène.

5. La cause de l'insomnie symptomatique de maladies aiguës ou chroniques ne pouvant être, dans la plupart des cas, rapidement écartée, on aura recours aux médicaments hypnotiques, en tête desquels se placent l'opium et ses alcaloïdes.

6. La morphine est le principe le plus somnifère de l'opium ; la narcéine et la codéine, moins actives, ne laissent pas à leur suite le malaise que produit la morphine. Ces préparations conviennent surtout contre l'insomnie de la douleur ; elles sont contre-indiquées quand il existe de la congestion cérébrale.

7. Le bromure de potassium, dont la propriété hypnotique est bien moins puissante, est indiqué dans l'insomnie avec excitation circulatoire, comme pour l'insomnie nerveuse où les opiacés sont souvent inefficaces. On l'emploie avec succès chez les enfants. Il est contre-indiqué quand il existe une anémie très-prononcée.

8. Le sulfate de quinine, comme le bromure, paraît exercer sur les éléments nerveux une action qui a pour conséquence la décongestion de l'encéphale ; de même que ces deux médicaments, le chloroforme en potion réussit surtout dans l'insomnie nerveuse.

9. L'hydrate de chloral est un hypnotique franc, supérieur par l'instantanéité de son action. Il convient pour presque tous les cas d'insomnie, sauf dans certaines affections dyspnéiques et cardiaques, et quand il existe une grande débilité.

10. L'insomnie des vieillards et celle des individus affaiblis, anémiques, sera parfois combattue avec succès par la médication tonique : vin, éther, amers, hydrothérapie. (*Acad. de méd.* et *Arch. génér. de méd.*, mai, juin.)

Acide lactique. L'action hyposthénisante de l'acide lactique et du lactate de soude, découverte expérimentalement en Allemagne, ne se manifeste pas uniformément. Mendel l'a trouvée nulle contre l'insomnie produite par la douleur ou accompagnée de douleur.

L'insomnie qui s'observe dans les maladies avec débilité générale, et la convalescence des maladies graves, en est au contraire heureusement combattue, ainsi que les affections mentales avec excitation et peur.

On le donne en solution à la dose de 5 à 10 grammes ou mieux en lavements contenant 5 à 20 grammes avec autant de bicarbonate de soude, en les répétant tous les jours. Les troubles intestinaux en sont une contre-indication. (*Deutsch. med. Woch.*, nº 17, 1876.)

En y associant de légères doses de morphine, Jerusalemski en a obtenu de bons effets à moindre dose. Seul, au contraire, et même avec 12 à 15 grammes, il n'en a obtenu aucun effet sur les animaux et l'homme en bonne santé. Mais dans 22 cas d'insomnie, produite par différentes causes, il a vu survenir un sommeil calme après une demi-heure ou une heure, en en renouvelant l'usage deux ou trois fois par semaine pendant plusieurs mois, sans inconvénient. (*Centralbl. fur chirurg.*, nº 36, 1876.)

INSUFFISANCE AORTIQUE. *Retard de la pulsation carotidienne.* A l'état physiologique et pathologique, il y a synchronisme entre la pulsation des carotides et la systole du cœur. Le retard de la première sur la seconde est un symptôme exclusif de l'insuffisance aortique sans que l'on puisse en préciser le mécanisme. Signalé dès 1837 par W. Henderson, ce signe oublié vient d'être étudié par

M. Tripier dans 26 cas d'insuffisance avec bruit de souffle diastolique et double bruit de souffle avec maximum à la base dans 17 cas. Or, le retard de la pulsation carotidienne a été constaté 14 fois et, sur les 13 cas où l'autopsie a démontré l'insuffisance, ce retard avait été constaté 6 fois pendant la vie, et 7 fois le synchronisme dans les cas où l'insuffisance était peu prononcée. C'est donc un signe précieux, mais non constant, pour le diagnostic de cette lésion organique. Il est en raison de sa gravité.

Les caractères n'en sont pas toujours très-évidents, et des précautions spéciales doivent être prises pour l'exploration, d'après les règles suivantes : L'observateur, placé à droite du malade, applique toute la main droite à plat sur la région du cœur, de manière à percevoir parfaitement l'impulsion de la pointe au milieu de la main, et à avoir ainsi une sensation très-nette de la systole. Puis il met le pouce de la main gauche sur la carotide droite, au lieu d'élection de la ligature de ce vaisseau à la partie latérale du larynx, tandis que les autres doigts et la paume de la main reposent sur la région postéro-latérale de la base du cou. Il est aussi très-important qu'on sente bien l'artère sous le doigt et qu'elle ne glisse pas à côté. Enfin, lorsqu'on perçoit très-distinctement les deux pulsations isolément, on recherche si elles sont isochrones ou non, en dirigeant toute son attention sur ces deux points. La position assise est préférable. (*Revue mens. de méd. et chir.*, janvier).

IODISME PÉTÉCHIAL. De même que l'intolérance de certains organismes pour l'iode détermine chez eux, quand on l'administre, un ensemble de symptômes du côté de la gorge et du nez, désignés sous le nom d'iodisme (V. *année* 1868), l'usage de l'iodure de potassium a pour effet de provoquer, chez certains individus, un exanthème tout spécial et inconnu jusqu'ici. M. A. Fournier l'a observé le premier dans une quinzaine de cas. Il est donc très-rare. En voici la description sommaire :

Éruption discrète de taches miliaires, planes, purpurines ou rouge-sang, ne pâlissant pas à la pression du doigt, apparaissant exclusivement au nombre de 50 à 100 au plus sur chaque jambe, à la partie antérieure surtout, du deuxième au sixième jour de l'usage du traitement ioduré, sans fièvre,

ni chaleur, ni prurit, ni aucun trouble général ni local. Une seule fois, elle s'est montrée exclusivement sur le thorax. De là le nom de *purpura iodique* sous lequel elle est décrite; celui d'iodisme pétéchial nous semble mieux en indiquer la nature, car elle est bien causée par l'iodure de potassium, comme l'acné par le bromure. Elle suit immédiatement son usage et se complète en quelques jours pour rester ensuite stationnaire, subir la dégradation de couleur propre aux hémorrhagies cutanées et disparaître après deux à trois septénaires. Et, démonstration péremptoire, c'est que l'élévation de la dose de l'iodure, pendant ce cycle, est suivie invariablement d'une poussée nouvelle de taches. Elle s'est manifestée ainsi trois fois de suite chez un étudiant en médecine. De même si l'on en reprend l'usage après la disparition de l'éruption. Elle s'est ainsi montrée à trois et quatre reprises successives chez deux syphilitiques, comme les observations en font foi.

Aucune cause prédisposante ni adjuvante, autre que l'intolérance idiosyncrasique, n'a paru influer sur cette éruption. Ni l'état de la constitution, du tempérament des malades, ni la forme de la syphilis, ni la dose du médicament n'ont paru la déterminer; un gramme d'iodure chez des sujets bien portants, avec une forme bénigne de la syphilis, a suffi à la produire. L'intolérance individuelle est donc, ici comme dans l'iodisme, l'unique cause à invoquer de cette éruption médicamenteuse, comme le copahu détermine la roséole. (*Rev. mensuelle de méd. et chir.*, septembre.)

J

JURISPRUDENCE. Le Conseil d'État, dans sa séance du 23 mars dernier, a déclaré qu'il n'y avait pas incompatibilité entre les fonctions de conseiller municipal et celles de médecin chargé de donner des soins aux indigents dans plusieurs communes, parmi lesquelles se trouve la commune qu'il représente, lorsque ce médecin a reçu sa commission du préfet et non du maire de la commune, et que l'indemnité qu'il reçoit est inscrite au bureau de bienfaisance.

Les conventions faites par l'administration des hôpitaux et approuvées par le Préfet sont valables, malgré l'opposition du ministre de l'intérieur, comme le consacre l'arrêt suivant du Conseil d'État :

Considérant que, par la délibération du 28 octobre 1875, la commission d'administration des hospices de Lille a décidé qu'il y avait lieu de convertir en acte authentique le traité en vertu duquel le payement par l'Institut catholique de Lille d'une somme de 140,000 francs, entre les mains du receveur des hospices, mettrait, dans l'hôpital Sainte-Eugénie, à la disposition des services de cliniques médicales et chirurgicales de l'Université libre du Nord, fondée par ledit Institut, une salle d'amphithéâtre, un cabinet pour les professeurs, une salle d'autopsie, et un minimum de 120 lits, en attendant qu'on puisse livrer les 120 lits des deux pavillons du fond de l'hôpital ;

Que, par un arrêté du 16 novembre 1875, le préfet du Nord a approuvé cette délibération et autorisé la commission administrative des hospices de Lille à traiter avec l'Université libre du Nord aux conditions du projet de convention précitée ;

Que le traité, autorisé par la délibération et par l'arrêté préfectoral sus-énoncé, a été passé par-devant notaire, le 22 et le 24 décembre 1876, entre le vice-président et les membres de la commission administrative des hospices de Lille et le directeur et les administrateurs de la Société anonyme de l'Institut catholique du Nord, agissant au nom de toute la Société ;

Que ce traité, enregistré le 30 décembre 1875, a été approuvé par le préfet le 1er février 1876 ;

Qu'en exécution dudit traité, l'Institut catholique a versé, entre les mains du receveur des hospices, une somme de 60,000 francs à valoir sur celle de 140,000 francs qu'il s'était engagé à payer;

Que ce traité avait visé, tant au profit de l'Institut catholique du Nord qu'à celui des hospices de Lille, des droits auxquels l'autorité administrative ne pouvait porter atteinte;

Que, dès lors, en annulant par sa décision du 21 octobre 1876 les arrêtés par lesquels le préfet avait approuvé la délibération de la commission administrative des hos-

pices autorisant le traité, et le traité lui-même, le ministre de l'intérieur a excédé ses pouvoirs ;

Décide :

Art. 1er. La décision ci-dessus visée du ministre de l'intérieur est annulée.

K

KYSTES. Kystes de l'ovaire. DIAGNOSTIC. L'erreur peut être faite avec une maladie peu connue et que le docteur Worms a introduite dans la nosographie. C'est le *myome utérin hydropique.* Il a été lui-même témoin d'une méprise de ce genre et qui devint fatale. Mais des signes différentiels certains le distinguent des kystes de l'ovaire : c'est l'écoulement spontané ou provoqué par le vagin d'un liquide séro-aqueux, peu coloré, par intervalles intermittents. Voy. MYOMES.

Torsion du pédicule causée par la ponction. La vacuité subite d'un vaste kyste uniloculaire de l'ovaire, ayant un long pédicule et sans adhérences, peut déterminer la rotation et la torsion du pédicule, suivant le docteur Malins, chirurgien de l'hôpital des femmes de Birmingham. A l'appui de cette proposition, il cite une femme de 33 ans qui, après cinq ans de mariage et un accouchement normal datant d'un an et demi, présentait une tumeur remplissant l'abdomen. Elle avait commencé à droite et l'utérus pressé horizontalement était placé à gauche. Un kyste uniloculaire sans adhésion fut diagnostiqué, mais la malade refusa toute opération à cause de son état encore assez satisfaisant.

Elle revint le 16 février, amaigrie et faible, se plaignant de douleurs dans le ventre, les hanches et le bassin. Nausées, perte de sommeil et d'appétit, langue sèche et rouge. Pouls à 130, température 38°, urine rare, contenant des urates sans albumine.

Hésitant à pratiquer l'ovariotomie dans ces conditions, M. Malins fit une ponction qui donna deux litres d'un liquide clair et limpide, d'une odeur séreuse, et de 1006 de gravité spécifique. Un grand soulagement s'ensuivit et l'ap-

pétit reparut. Peu de jours après, les règles supprimées parurent et durèrent quatre à cinq jours.

Le 3 mars, l'ovariotomie fut pratiquée. Le péritoine était très-épaissi et vascularisé. Le kyste y adhérait antérieurement dans l'étendue de la main par des fausses membranes récentes, se rompant facilement en donnant issue à du sang clair. Le kyste était flasque, coriace, d'un noir bleuâtre, et une demi-pinte seulement d'un liquide rouge noirâtre en sortit. Attiré au-dehors, il adhérait légèrement à l'épiploon et à une anse d'intestin dont il fut séparé facilement. Son pédicule, long et mince, — *slender* — était tordu deux fois sur lui-même de gauche à droite. Blanc et dense au-dessous, le tissu en était mou, décoloré, livide, et sans résistance au-dessus, comme tout le reste du kyste manifestement étranglé par cette torsion. Amené au-dehors avec le clamp, ce pédicule fut sectionné au-dessous avec le thermo-cautère et, une ligature étant placée sur le moignon, il rentra dans l'abdomen. Un pansement phéniqué termina l'opération. Cette femme guérit rapidement et sans complication. (*Lancet*, 14 avril.)

On peut juger dès lors s'il résulte de ces détails que la ponction du kyste, en le rendant flasque et mou, ait déterminé sa rotation sur lui-même et la torsion de son pédicule.

Signification du pus. Chez une fille de 20 ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire droit, ponctionné à plusieurs reprises en 1874 et 1875, le liquide extrait présenta du pus le 20 janvier 1876 et dans les ponctions subséquentes. Aucun symptôme comme malaise général, frissons, fièvre, n'en avait annoncé la formation, lorsque, le 28 juin, alors qu'elle avait été ponctionnée un mois auparavant et qu'elle devait être ovariotomisée au commencement d'août, elle fut apportée à l'hôpital dans un profond collapsus, sans pouls, et vomissant un liquide couleur café. Le kyste fut ponctionné et un liquide purulent s'en échappait lorsque la malade tomba en syncope et mourut vingt minutes après.

L'autopsie montra une péritonite généralisée avec un kyste multiloculaire droit dont le principal adhérait aux parois abdominales et à l'épiploon. Ses parois étaient très-épaissies, rouges à l'intérieur, et contenaient un liquide gélatineux avec beaucoup de pus. En haut et un peu à gauche

était une petite perforation, d'un huitième de pouce de diamètre, entourée d'une plaque rougeâtre au-dessus et à gauche du siége ordinaire des ponctions.

Tout l'intérieur était parsemé de larges élevures, sans dépression externe correspondante, et entourées de larges et profondes bourses comme les vestiges de petits kystes. Plusieurs de ces élevures étaient recouvertes de pseudomembranes avec des granulations à l'intérieur sans épithélium. C'était donc une ulcération. Elles étaient séparées par des brides irrégulières, d'un tissu blanchâtre et comme cicatriciel, formant en certains endroits un réseau avec des intervalles sains. Près des deux tiers de la paroi interne de ce kyste présentaient ainsi des traces évidentes d'ulcérations actuelles ou cicatrisées, confirmées par l'examen microscopique.

D'où l'auteur conclut que la présence du pus, en pareil cas, est due à un processus ulcératif de la paroi interne dont l'origine est dans les ponctions fréquentes et répétées du kyste. Et la perforation, dans ce cas, indique le danger imminent auquel on expose les malades si on les ovariotomise rapidement après cette apparence insolite du pus.

Pus in ovarian fluides (Ce que signifie la présence du pus dans le liquide des kystes de l'ovaire), par le docteur James Chadwick ; Boston.

Rupture dans le péritoine. La tolérance du péritoine pour le liquide de ces kystes est démontrée par les exemples de rupture sans qu'il s'ensuive de péritonite mortelle. C'est ainsi qu'à la suite d'une promenade en voiture, une femme qui portait une tumeur ronde, dure, dans la fosse iliaque gauche et diagnostiquée comme un kyste de l'ovaire, fut prise de vomissements violents et d'un collapsus profond. Le ventre était uniformément distendu et la fluctuation moins forte. La ponction de l'abdomen, quatre mois après, donna un liquide jaune clair. L'abdomen grossit de nouveau et l'ovariotomie, pratiquée huit mois après par le docteur Raborg, montra un kyste multiloculaire contenant un liquide foncé, gumeleux. Il n'adhérait qu'à l'épiploon. Une grande quantité de liquide se trouvait aussi dans le péritoine. Un mois après, la femme était guérie et eut depuis trois enfants. (*New-York med. journ.* avril.)

A moins d'admettre que c'était là un kyste compliqué d'ascite, il faut reconnaître que l'issue du liquide et son séjour dans le péritoine sont très-bien tolérés.

Cette interprétation est autorisée par un fait observé et relaté par le professeur Keith. Une jeune femme, atteinte d'un kyste de l'ovaire à évolution rapide avec des frottements péritonéaux manifestes, éprouve tout à coup une diminution de volume et de résistance de la tumeur, les frottements cessent d'être perçus, fluctuation hypogastrique. On ponctionne et le liquide obtenu se sépare en deux couches, l'une claire, l'autre trouble et couleur chocolat. Pas de douleurs ni de symptômes généraux, pendant trente heures; puis péritonite putride. Au dixième jour, sonorité au centre de la tumeur. On diagnostique une suppuration gangréneuse du kyste et l'on pratique l'ovariotomie.

Le kyste, rempli de gaz, de sang putréfié et de détritus gangréneux, n'adhérait qu'en avant et à l'intestin. Un flot de pus envahit le péritoine en le détachant. Une poche suppurante existait dans l'excavation du bassin.

Malgré ces conditions défavorables et des complications non moins graves, l'opérée se rétablit et sortit guérie deux mois et demi après la rupture du kyste. (*Lancet*, page 340.)

Des succès semblables ont été obtenus par Spencer Wells, d'après lequel la rupture de ces kystes, loin de contre-indiquer l'ovariotomie, la nécessite immédiatement. Il faut, dit il, après l'écoulement de la plus grande quantité de liquide, aller éponger hardiment la surface péritonéale. J'ai quelquefois regretté de ne pas avoir suffisamment épongé le péritoine ; jamais, de l'avoir trop fait. (*Diseases of the ovaries*.)

Rupture dans l'intestin. Quoique rare, cette terminaison l'est moins que le silence des auteurs ne pouvait le faire croire. Il résulte, en effet, des recherches bibliographiques de M. Terrier à ce sujet, qu'au lieu des 11 cas signalés dans la statistique de M. Nepveu (V. *année* 1876), c'est 35 qui se rencontrent ; 3 autres cas en ont été cités dans ce Dictionnaire en 1868 et 1872 qui ne paraissent pas figurer dans cette statistique et l'on en trouverait sans doute encore bien d'autres. Il est vrai que la plupart de ces observations, très-incomplètes et n'ayant été relatées qu'après la guérison, ne

peuvent servir à une élucidation précise des causes, du siége, des symptômes, ni des suites de cet accident. Le pronostic en serait pourtant relativement favorable, car, sur un triage de 17 observations à peu près complètes, M. Terrier a constaté 11 guérisons et 6 décès. C'est surtout quand le kyste est uniloculaire que ce résultat favorable peut être espéré, car il se vide alors complétement et se tarit par la rétraction progressive de sa paroi. Tel est, du moins, le mécanisme qui semble l'avoir amené dans l'exemple suivant.

Une blanchisseuse de 31 ans accouche à l'hôpital Beaujon, à la fin de 1875, et en sort encore faible au commencement de 1876 pour y rentrer huit jours après dans le service de M. Lépine. Son ventre, qui était devenu assez volumineux deux ans avant sa grossesse, avait repris tout à coup le volume et la forme d'une grossesse à terme. Tension et dureté considérable à l'examen avec fluctuation très-manifeste. Matité en avant, sonorité dans les flancs. Utérus peu mobile, douleur dans les flancs, dans le décubitus latéral; anémie, pas d'appétit.

Douze jours après sa rentrée, alors que le ventre n'avait cessé d'augmenter, il devient tout à coup moins tendu et douloureux, et, dès le lendemain 31 janvier, une diarrhée colliquative de 10 à 15 selles par jour se manifeste. Le ventre diminue en conséquence, des gaz remplacent le liquide, et, après être rendus, le ventre a repris son volume presque normal en huit jours. Une cloque d'un blanc opaque, qui s'était formée vers le tiers supérieur de la ligne blanche, crève en donnant issue à un quart de verre d'un pus très-séreux, jaune safran, extrêmement fétide, comme des matières fécales putréfiées. Aucune communication n'est constatée avec l'intestin.

Dès la fin de février, l'abcès était tari et le ventre revenu à son état normal. On tonifie la malade qui sort de l'hôpital, au milieu de juin, dans un parfait état de santé.

C'est à l'occasion de ce fait curieux que M. Terrier a fait une revue des cas analogues dans les auteurs. Si le kyste n'a pas été constaté positivement dès le début, son existence a été démontrée ensuite par le bruit hydroaérique assez fort que la succussion détermina pendant plusieurs jours, alors que l'écoulement du liquide se faisait par l'intestin. La grossesse, sinon l'accouchement, aurait donc provo-

qué l'adhérence de la paroi du kyste à l'intestin et leur communication par une inflammation consécutive. C'est surtout à éclairer ce mode d'ouverture et de guérison que l'auteur a consacré son intéressant travail, très-utile à consulter à cet égard. (*Revue mens. de méd. et de chir.* novembre.)

Ponctions répétées. L'ovariotomie a fait négliger, sinon oublier, la ponction et ses indications. Des adhérences ayant empêché de la pratiquer chez une dame de 55 ans, la ponction put ainsi être faite 174 fois, du 27 mars 1871 au 16 octobre 1876, date de la mort. Pendant les dix-huit premiers mois, elle ne fut renouvelée que tous les trois mois environ, mais en se rapprochant ensuite de plus en plus, au point d'être nécessaire tous les trois ou quatre jours dans les derniers temps. 1830 livres de liquide furent extraites pendant ces cinq années et sept mois que la vie fut ainsi prolongée.

Durant tout ce temps, cette dame ne cessa de vaquer aux occupations de son ménage dans l'intervalle des ponctions. Le sac était vidé chaque fois avec la pompe ou le syphon pour prévenir tout épanchement du liquide. Une bonne nourriture avec l'usage ininterrompu de la teinture de muriate de fer fut l'unique traitement. Est-ce là ce qui prolongea la vie ou l'état particulier du kyste? A l'autopsie, le docteur Campbell rencontra un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche avec des adhérences étendues et pesant trente livres. (*Boston med. and surg. journ.* n° 20.)

Kystes de l'ouraque. *Confusion avec ceux de l'ovaire.* On n'en avait pas soupçonné l'existence jusqu'en 1870 que le professeur Hoffmann en publia quatre observations. Depuis, deux autres cas en ont été publiés par le docteur Wolff dans sa thèse inaugurale de 1872. Recueillis dans le service du professeur Roser, de Marbourg, ces derniers faits ont été augmentés d'un septième cas relaté par ce chirurgien au dernier Congrès des chirurgiens allemands. Dans ce nouvel exemple, le kyste communiquait avec la vessie par un petit orifice, de manière qu'au lieu d'être chassée au dehors par l'urèthre, l'urine entrait dans le kyste où elle s'accumulait dans la proportion de trois à quatre litres. C'est alors seu-

lement qu'il s'en échappe une petite quantité par le col vésical. Le cathétérisme de la vessie pouvait seul vider ces deux cavités à la fois.

La femme étant devenue enceinte à deux reprises, le kyste fut ponctionné. Une fistule ouraco-vésicale en résulta et ce n'est que par l'usage d'une sonde à demeure que l'on parvint à l'oblitérer.

D'après le docteur Wolff, cette affection serait bien plus fréquente que ces faits pourraient le faire croire, et beaucoup auraient été méconnus et pris pour des kystes de l'ovaire, même après la mort. Ceux qui se vidaient de leur contenu par la vessie peuvent s'expliquer ainsi, de même que ceux qui, terminés fatalement après avoir été opérés, ont permis de retrouver les deux ovaires. Les kystes de l'ovaire sans pédicule, enlevés par Spencer Wells comme s'étant détachés accidentellement et adhérant au péritoine, peuvent bien en être aussi. Il y a donc lieu à l'avenir de les examiner plus minutieusement.

Dans un cas, le kyste mesurait 63 centimètres dans son plus grand pourtour. L'épaisseur de la paroi variait de 1 à 4 millimètres. Sa surface externe était rugueuse et présentait des saillies provenant de la section des adhérences au péritoine. En aucun point, on n'y voyait de vaisseaux d'un certain volume. La paroi antérieure pouvait, dans une certaine étendue, se décomposer en deux feuillets. La surface interne était entièrement lisse, analogue à une membrane séreuse, et, dans presque toute son étendue, avec des dépôts fibrineux semblables à ceux que l'on trouve sur les séreuses enflammées.

L'examen microscopique montra la paroi du kyste essentiellement constituée par un tissu conjonctif, à fibres minces, ondulées, s'entrecroisant en tout sens, et formant plusieurs couches, entre lesquelles on pouvait distinctement reconnaître des fibres musculaires lisses. Les sédiments que déposait le contenu du kyste étaient constitués par un détritus granuleux, mélangé de globules de pus. (*Langenbeck archiv für klin. Chirurgie.*)

Kyste séro-sanguin traumatique de l'épiploon gastro-hépatique. La rareté des kystes spontanés intra-abdominaux, en rendant leur existence presque problématique,

donne un grand intérêt au cas observé par le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu. A la suite d'un violent traumatisme ayant fracturé plusieurs fausses côtes à gauche et déterminé des douleurs très-vives et persistantes dans cet endroit, une tumeur s'y développe quelques semaines plus tard. Une ponction donne un liquide séro-purulent, et, le liquide s'étant reproduit, M. Richet diagnostique un kyste provenant d'une déchirure du foie par le traumatisme.

Une nouvelle ponction est pratiquée avec l'intention de ne retirer que peu de liquide, afin d'éviter la rupture des adhérences provoquée par le retrait brusque de la tumeur. Malgré ces précautions et un bouchon placé dans l'ouverture de la sonde laissée à demeure, soit que du liquide ait filtré entre la canule, soit par le transport de l'opéré à son lit, toujours est-il qu'une vive douleur se développa bientôt dans le ventre. La canule débouchée donna issue à un jet de liquide hématique, ce qui diminua la douleur, mais elle reparut bientôt et une troisième évacuation, de 50 à 60 grammes de liquide, fut nécessaire. Néanmoins la péritonite continua à se développer avec vomissements, hoquets, fièvre, ballonnement et douleur du ventre. Mort le troisième jour.

L'autopsie montre des adhérences partielles persistantes entre la paroi abdominale et les parties profondes, mais la plupart avaient été rompues et laissaient le kyste à une grande distance. L'épiploon gastro-hépatique, placé au-dessus de la petite courbure de l'estomac, était occupé par le kyste adhérant au bord tranchant du foie. Il était ainsi limité en haut par le foie, en bas par le pancréas, en avant par l'estomac et surtout le petit épiploon. Vide, ce kyste avait des parois de trois millimètres d'épaisseur, dont la surface interne, chagrinée et tomenteuse, était couverte de taches ecchymotiques. Des travées conjonctives et des cellules plates ont montré qu'elles étaient formées par l'épiploon. Tous les autres organes environnants étaient sains, sauf dans le petit bassin où des taches pigmentées nombreuses, disposées par plaques sur le péritoine autour de la vessie, étaient les traces irréfutables d'un épanchement sanguin et indiquaient la résorption d'anciens foyers hémorrhagiques. Ce kyste était donc bien le résultat du traumatisme. L'hémorrhagie, produite par la rupture de nombreux vaisseaux, probablement du petit épiploon, s'est cloisonnée en don-

nant naissance à un véritable kyste hématique circonscrit.

De ce fait rare découle l'enseignement de ne ponctionner ces kystes qu'après avoir établi des adhérences par les caustiques et avec une canule à ailettes se déployant par une vis à l'intérieur du kyste pour en relever les parois comme celles de la vessie et surtout de n'opérer le malade que dans son lit. (*Union méd.* nº 86.)

Un second cas, observé par le docteur Michalski, montre que le succès n'appartient pas toujours aux plus habiles, et pourtant les faits ont une grande ressemblance. Un garçon de 16 ans reçoit, le 13 juillet 1876, un coup de pied de cheval dans l'hypochondre gauche portant sur les dernières fausses côtes et un peu au-dessous. De là douleurs, puis vomissements et coliques qui résistent aux calmants pendant deux mois et demi environ. Les accidents diminuaient, lorsque le blessé découvre lui-même une grosseur à l'endroit de la blessure, et l'on constate, en effet, une tumeur occupant presque toute la partie latérale de l'abdomen, à gauche de la ligne blanche, saillante surtout en bas. Consistance élastique, fluctuation obscure, matité, déplacement impossible dans quelque position que prenne le corps. L'absence de frissons et de fièvre fit diagnostiquer un kyste. Après les moyens médicaux, la ponction fut proposée et refusée devant l'amélioration apparente du malade. Ce n'est que trois mois après, que, le volume de la tumeur ayant graduellement augmenté au point de ramener les vomissements et la maigreur, la ponction fut acceptée. Elle fut faite au lit, le 19 décembre, à la partie moyenne de la tumeur avec le trocart de trousse le plus fin. Une sérosité limpide, couleur de café noir très-léger, sortit lentement jusqu'à la quantité de trois litres. Le retrait fut donc très-lent.

Mais le liquide se reforma. Une seconde ponction faite de même, le 20 février, ne donna qu'un litre de sérosité moins colorée. Aucun accident ne se manifestant et le kyste paraissant revenir sur lui-même, on résolut d'attendre. Mais, la troisième ponction, faite le 16 avril dernier, donna deux litres de sérosité et l'opéré, demandant une guérison radicale, une injection de 150 grammes d'une solution iodée au quart fut faite et évacuée trois minutes après. Le ventre fut enduit de collodion et recouvert de ouate.

Il n'y eut ni fièvre, ni douleur locale, la sonorité s'en-

tendit partout et le liquide ne se reproduisit pas. Le 21 juillet, le ventre était revenu à l'état normal, indolore, et la guérison était complète d'après le bon état général du blessé. (*Idem*, n° 107.)

Dans l'impossibilité d'attribuer ce succès à l'épaisseur des parois du kyste, faut-il le rapporter à l'absence d'adhérences, sinon à la ténuité du trocart employé et aux soins consécutifs à l'opération? Peut-être son siége, sa constitution et son contenu en sont-ils les causes. En tout cas, la comparaison de ces deux observations pourra être d'un utile enseignement pour l'avenir.

Kystes huileux prélacrymaux. Non décrits jusqu'ici, quoique observés par divers chirurgiens, ces kystes sont ordinairement congénitaux, plus ou moins volumineux, durs, indolents, situés le plus souvent dans le grand angle de l'orbite, en avant du sac lacrymal, et remplis d'un liquide huileux se figeant et se liquéfiant à la même température que l'huile d'olive, et contenant parfois des cristaux de cholestérine et d'acide margarique. Trois cas en ont été observés par M. Verneuil qui les décrit. Le premier, en 1874, sur un garçon de 20 ans, était gros comme un noyau de cerise; le second, en 1875, sur une femme de 19 ans, était gros comme une cerise, et le troisième, en 1876, du volume d'une amande, était sur un grand jeune homme de 21 ans.

Croyant avoir affaire à des kystes solides, M. Verneuil incisa les deux premiers sans pouvoir n'en recueillir le contenu qu'en partie, mais, en se rappelant sa méprise, il ponctionna le troisième et put ainsi en extraire 2 grammes et demi de liquide huileux dans le corps de la seringue. Le liquide ne s'est pas reproduit.

La ponction a suffi également dans deux cas observés par M. Perrin. C'est donc à ce procédé simple qu'il conviendrait de recourir, en pareil cas, plutôt qu'à l'extirpation. (*Soc. de chir.*, décembre 1876, et *Union méd.*, n° 2.)

A propos de cette présentation, M. Albert de Vienne a adressé la relation sommaire de trois observations publiées de kystes huileux. Deux siégeaient à la région du sac lacrymal et l'autre au cou, provoqué par un traumatisme au-dessous de l'angle maxillaire. La description précédente en est complétement justifiée. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Kystes thyroïdes. Voici le procédé employé par M. Ollier : une incision divisant couche par couche la peau, le tissu cellulaire et le peaucier est d'abord faite; le sterno-mastoïdien, souvent étalé sur la tumeur, est ensuite disséqué avec soin, écarté et fixé à la peau. La paroi du kyste ainsi à découvert, une large application de pâte de Canquoin est faite dessus pour la détruire. Le kyste s'ouvre ainsi spontanément sans hémorrhagie. On place ensuite un drain qui sert à faire de fréquents lavages détersifs pour éviter la septicémie. (*Congrès de l'Association française.*)

Kystes hydatiques. En dehors des signes par lesquels ils traduisent leur développement extérieur, ceux du foie en particulier peuvent provoquer, en outre, d'autres signes indirects propres à en faciliter le diagnostic. Ce sont, d'après un fait relaté par M. Dieulafoy, l'urticaire, les épistaxis, la pleurésie et le dégoût des aliments gras, symptômes pouvant annoncer ou confirmer leur développement, tandis que le frémissement hydatique est négatif le plus souvent.

Kyste suppuré du rein. 47 *aspirations.* Un goutteux et calculeux, au point de compter par boisseaux les calculs qu'il a rendus depuis 40 ans, s'aperçut que son ventre augmentait en 1873. Il y eut bientôt perte de l'appétit, fièvre et oppression, dont l'intensité croissante le menaça bientôt d'asphyxie. Une énorme tumeur, empiétant sur la région thoracique droite, envahit l'abdomen, descendant jusque dans la fosse iliaque; elle est rénitente comme les tumeurs très-distendues de liquide. Une hydronéphrose fut diagnostiquée.

M. Dieulafoy, consulté, ponctionna la tumeur avec l'aiguille nº 2, à cinq centimètres à droite de l'ombilic. A trois centimètres de profondeur, issue de quatre litres et demi d'un liquide louche inodore et en voie de purulence, sans fausses membranes ni graviers.

Le malade se sentit très-soulagé, mais la dyspnée reparut rapidement, d'autant plus qu'une grande quantité de liquide était resté dans le kyste. Il ne tarda pas à devenir purulent et s'éleva jusqu'à huit litres par ponction, se reproduisant si vite, que 47 ponctions furent pratiquées en 15 à 16 mois, sans injections ni lavages consécutifs.

Trois périodes ont caractérisé le traitement. Les cinq

premières ponctions conjurèrent l'asphyxie imminente et firent disparaître la fièvre en ramenant le sommeil et l'appétit. Le pus se reproduit ensuite avec tant d'intensité, que 26 ponctions sont faites en sept mois, et cependant la situation du malade s'améliore graduellement. Enfin, la sécrétion diminue et les ponctions s'éloignent de plus en plus, de deux à six mois, jusqu'à disparition de la tumeur et épuisement du liquide. C'est donc un exemple remarquable, que, avec patience et persévérance, on peut arriver à tarir la sécrétion de vastes cavités avec une opération d'une complète innocuité.

Un enfant de 8 ans présentait au-dessous du foie une tumeur mate avec fluctuation qui fut prise pour un kyste hydatique du foie. Une ponction n'ayant amené l'issue d'aucune hydatide, M. Lannelongue diagnostiqua un kyste du rein. Des liquides et des gaz s'en échappèrent à la ponction et le kyste se vida spontanément dans la vessie.

Une hémiplégie passagère se déclara, le 2 août, et l'enfant succomba cinq jours après dans le coma.

L'autopsie montra le foie hypertrophié cachant entièrement le kyste qui formait une masse volumineuse un peu allongée, occupant le flanc et la fosse iliaque sur le trajet de l'uretère droit. Il adhérait au foie ainsi qu'à la veine cave et tous les vaisseaux voisins, et le rein en occupait la partie inférieure. Celui-ci, très-développé, donne origine au kyste dans sa partie supérieure. Le rein gauche était aussi très-volumineux, graisseux et du poids de 122 grammes.

L'hypertrophie des parois de l'uretère se continuait sur celle de la vessie où une ulcération superficielle s'étendait de l'embouchure uréthrale au col, formant une ligne rougeâtre de trois centimètres de long. Le rein, le kyste et la vessie ne formaient ainsi qu'une gangue inflammatoire avec tous les organes voisins.

Des lésions cérébrales expliquaient de même les accidents définitifs ayant amené la mort. (*Soc. de chir.*, août.)

Kystes des reins et du foie. *Coïncidence.* Chez un homme de 62 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une ascite qui donna issue à 12 litres de sérosité citrine avec hypertrophie très-marquée du foie, à bords durs, bosselés, résistants, avec des nodosités fluctuantes, on trouva, à l'autopsie,

une dégénérescence kystique complète du foie et des reins. Une quantité innombrable de kystes, variant entre la grosseur d'un œuf, même d'une orange, à un grain de millet, disséminés sans ordre, envahissaient le tissu normal refoulé, comprimé et un peu en dégénérescence graisseuse.

Maladie de Bright avancée des reins avec kystes multiples remarquables par leur développement insolite.

Reste à savoir si l'une est antérieure à l'autre, ou si elles relèvent toutes deux d'une cause commune, s'il existe une relation de cause à effet entre la lésion du foie et celle des reins. La presque constante association ou coïncidence des kystes des deux organes a surtout frappé les observateurs. Frerichs signale ainsi des kystes séreux du foie s'accompagnant de nombreuses vésicules dans les reins. Même coïncidence d'après Reinfleich. Il y a donc lieu de rechercher attentivement si elle est constante. (*Lyon méd.* n° 16.)

L

LARYNX. Pour la première fois en Angleterre et la onzième en Europe (V. *année* 1875), l'extirpation du larynx a été pratiquée à Glasgow par le docteur Foulis. C'était un homme de 29 ans, employé dans un moulin, et qui, dix-huit mois auparavant, s'était plaint de sécheresse de la gorge. On découvrit au laryngoscope une tumeur, comme un pois, siégeant sur l'extrémité antérieure de la corde vocale gauche, d'un gris pâle. Une première cricotomie l'en délivra. C'était un papillôme celluleux. Mais une récidive se manifesta moins d'un an après et, malgré les insufflations de tannin, il fallut recourir à une seconde opération. Une thyrotomie fut pratiquée cette fois, ce qui n'empêcha pas le mal de récidiver, en s'étendant en bas malgré les cautérisations.

C'est alors que M. Foulis jugea l'extirpation du larynx indispensable. Elle eut lieu le 10 septembre dernier. Une incision médiane partant au-dessous de l'os hyoïde s'étendit jusqu'à un pouce au-dessus du cartilage cricoïde. Les cartilages du larynx furent ensuite disséqués, sans hémorrhagie ni ligature. La trachée fut dès lors attirée, son premier anneau divisé et un tube courbe y fut introduit. Le

larynx fut ensuite excisé. Le cartilage thyroïde dut même être compris, car le mal s'y étendait. La corne supérieure seule fut laissée, ainsi que la moitié du cartilage arythénoïde. La trachée fut ensuite suturée à la peau des deux côtés. Cela avait duré deux heures et demie.

Des accès de toux continus obligèrent de nourir l'opéré par le rectum, mais, dès le second jour, il lui fut possible d'avaler des liquides nutritifs. Le 23 septembre, il n'y avait plus de fièvre, le malade se tenait assis dans son lit, et, le 8 octobre dernier, la plaie était cicatrisée et il n'y avait plus qu'à appliquer l'appareil vocal de Gussenbauer, c'est-à-dire un larynx artificiel, pour permettre à l'opéré de parler. (*Lancet*, n° 15, 13 octobre.)

Laryngotomie sous-hyoïdienne. Le docteur Burow dut y recourir chez un homme du 30 ans, atteint d'un sarcôme à cellules fusiformes de la face interne de l'épiglotte. Malgré deux excisions successives en huit mois, la récidive obligea de pratiquer la trachéotomie qui servit à arracher une troisième fois ce néoplasme. Mais il fallut recourir ensuite à la laryngotomie en plaçant la canule-tampon dans la trachée. Les règles de Langenbeck furent ensuite suivies. Une canule ordinaire resta huit jours à demeure. Au bout d'un mois, la cicatrice était lisse et souple, et l'intérieur du larynx parfaitement normal. La guérison persistait un an et demi après. (*Berl. klin. Woch.* n° 8.)

Ce succès vient donc s'ajouter à la statistique des 7 cas précédents, donnant seulement 2 décès; nouvel encouragement pour renouveler cette délicate opération.

Kyste du larynx. Une fille, pesant 8 livres, naquit, après un travail régulier de huit heures, avec une respiration gênée et accompagnée d'un bruit plaintif. Le docteur Edis ne découvrit rien d'anormal dans la gorge ni la poitrine. La difficulté de téter amena la mort 37 heures et demie après la naissance et l'autopsie montra un kyste, comme un gros haricot, naissant sur le côté du larynx et venant appuyer sur l'orifice de la glotte. (*Transact. of the obst. Soc.* vol. XVIII.)

Conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies, ouvrage posthume du docteur Isambert,

agrégé de la Faculté et médecin de Lariboisière ; un vol. de 418 pages avec figures dans le texte, Paris.

Les recherches, les investigations laryngoscopiques de l'auteur sur les premières voies respiratoires, les angines spécifiques scrofuleuses et tuberculeuses en particulier, font de cet ouvrage le tribut le plus savant et le dernier mot de la science à cet égard.

Traité pratique des maladies du larynx, par Ch. Fauvel, un gros vol. in-8° avec figures chromolithographiées, Paris. Œuvre toute personnelle résumant la pratique et les recherches d'un spécialiste, avec un très-grand nombre de faits à l'appui.

LIGATURES. *Cordes à boyau phéniquées.* Les succès obtenus par quelques chirurgiens anglais avec ce fil, dit de *catgut*, ont déterminé les chirurgiens étrangers à y recourir, malgré ses échecs d'autrefois. La nouvelle préparation phéniquée de M. Lister semble les avoir fait oublier et lui a conquis des défenseurs. On sait que cette méthode passe pour favoriser la réunion des plaies sans suppuration, mettre à l'abri des hémorrhagies et permettre de rapprocher la ligature de l'origine des branches collatérales, l'artère s'oblitérant sans solution de continuité. (V. *année* 1876.) M. J. Bœckel l'a employée ainsi avec succès contre deux anévrysmes du pli du coude, sans hémorrhagie primitive ni consécutive. Il s'en est servi de même avec succès dans 20 amputations du sein et 12 des membres. L'élimination du fil n'eut lieu qu'une fois sur un amputé de cuisse, cinq semaines après l'opération, alors que la réunion immédiate et la cicatrisation étaient complètes depuis longtemps. Ces beaux résultats s'accordent donc avec ceux du docteur Nankivel. Voici la formule de Lister pour préparer ce catgut :

℞ Acide phénique cristallisé............	20	grammes.
Eau..................................	2	—
Huile d'olives........................	100	—

On jette l'eau sur les cristaux pour émulsionner l'huile et on laisse le catgut dans le flacon bien bouché pendant cinq à six mois, car il est d'autant plus solide et meilleur qu'il a séjourné plus longtemps dans l'acide phénique. On se sert d'une baguette en verre, laissée dans le

flacon pour l'en retirer au besoin. (*Acad. des sciences*, avril, et *Gaz. hebdom.* nº 22.)

Mais il est loin d'en être toujours ainsi, même en Angleterre, malgré le beau succès de ligature de la carotide, faite avec ce fil, contre un anévrysme de l'aorte. (V. *ce mot.*) Dans un cas d'anévrysme de l'artère poplitée, M. Treherne Norton ayant lié la fémorale dans le triangle de Scarpa avec du catgut phéniqué, l'un des bouts fut laissé en dehors de la plaie et tomba le quatrième jour sans le nœud. L'opéré mourut subitement d'une embolie cérébrale. Le nœud de la ligature ne fut pas retrouvé; les membranes interne et moyenne étaient seules divisées, la membrane externe réunissant encore les deux bouts.

A propos de cette présentation à la Société clinique, le 23 février, M. Thomas Smith s'est prononcé contre l'emploi du catgut pour la ligature des grosses artères. Il n'en a pas retiré de meilleurs résultats que M. Callender. Après une ligature de la fémorale, pratiquée par M. Lister, les pulsations se rétablirent de nouveau dans l'anévrysme, 48 heures après l'opération. Un petit anévrysme survint même, au siége de la ligature, par l'affaiblissement des parois du vaisseau dont la membrane externe n'avait pas été divisée. (*Lancet*, mars.)

Une seconde présentation de pièces anatomiques, faite à la même Société le 12 octobre par M. Bryant, a montré les résultats suivants :

A l'autopsie d'un homme de 29 ans, dont l'iliaque externe avait été liée pour un anévrysme de la fémorale droite primitive et mort 14 heures après, les membranes interne et moyenne furent trouvées divisées ; l'externe l'était particllement quoique la striction eût été modérée ; fil intact.

La carotide primitive droite, liée ainsi douze jours avant la mort chez un homme de 58 ans, fut trouvée entièrement divisée avec un caillot ferme au-dessus et au-dessous. Le fil avait disparu.

L'artère sous-clavière droite, liée pour un anévrysme axillaire traumatique chez un homme de 36 ans, mort le treizième jour, était aussi divisée complétement avec des caillots au-dessus et au-dessous. Le nœud du fil seul fut retrouvé. Pas de suppuration de la plaie.

La fémorale commune, liée chez une femme de 23 ans

pour un éléphantiasis et morte de gangrène le 19e jour, était également divisée en entier avec des caillots au-dessus et au-dessous et le nœud fixé à l'artère.

D'où l'auteur conclut que, comme avec les autres fils, le catgut rompt les deux membranes interne et moyenne, la division consécutive de l'externe résultant ensuite de l'ulcération secondaire. Sur 10 autres ligatures : 5 de la fémorale, 4 de l'iliaque externe et une de la sous-clavière, il n'y eut que deux hémorrhagies secondaires : l'une de la sous-clavière le 4e jour et l'autre de l'iliaque le 39e jour. Il y eut deux morts. Une seule fois, la plaie se cicatrisa sans suppuration. Il n'admet donc pas avec Lister que ce soit le meilleur moyen.

M. Maunder, tout en se louant d'avoir employé le catgut dans cinq ligatures, observe que, dans deux de la fémorale, il n'y eut pas de suppuration dans un cas, tandis qu'elle fut très-abondante dans l'autre. La dissolution plus ou moins rapide de ce fil, suivant sa préparation, expose à des accidents qui lui font préférer la soie phéniquée. Au contraire, sur 5 ligatures, M. Barwell n'a pas eu d'accident avec la précaution de ne pas laisser le catgut longtemps dans l'huile phéniquée ; autrement, il devient cassant. Il ne serre pas trop la ligature et coupe le fil à une certaine distance du nœud. (*Idem*, octobre.)

Dès lors on conçoit l'hésitation des chirurgiens à employer le catgut pour lier les grosses artères. M. Nicaise l'emploie depuis quelque temps pour la ligature des artères peu volumineuses avec de bons résultats. (*Revue mensuelle de méd. et chir.* mai.)

M. Letiévant l'emploie aussi de préférence pour obtenir la réunion immédiate, les fils cirés entraînant nécessairement un peu de suppuration. Il en a fait usage dans une amputation de bras, quatre de jambe et une de cuisse, avec les résultats les plus satisfaisants et sans hémorrhagie secondaire. (*Soc. des sc. méd.* et *Lyon méd.* n° 25.) — V. AMPUTATIONS.

Une hémorrhagie s'étant déclarée le 14 avril dernier chez un homme de 54 ans, par la chute d'une pièce de tôle sur le pli du coude droit, M. Guyon appliqua la bande d'Esmarch et lia l'humérale et la cubitale avec le catgut. Tout alla bien jusqu'au 1er mai, mais, ce jour-là, une nouvelle

hémorrhagie reparaît par la plaie contuse. La compression directe l'arrête, mais elle reparaît le lendemain et l'humérale est liée au lieu d'élection, encore avec le catgut.

Le 12 mai, une quatrième hémorrhagie reparaît dans la plaie. Au lieu de penser à lier l'axillaire, M. Guyon lie l'artère dans la plaie. Après avoir enlevé une couche de bourgeons charnus, il arriva sur le bout de l'artère cubitale blessée qu'il lie avec un fil ordinaire. Il tomba le 31 mai, sans que l'hémorrhagie reparût. (*Soc. de chir.* juin.)

La suture du tendon d'Achille a même été faite avec ce fil de catgut phéniqué. V. SUTURES.

Le professeur H. Martin l'a aussi employé à la clinique obstétricale de Berlin pour la suture de l'utérus, dans 5 opérations césariennes successives. Le résultat immédiat fut la cessation de l'hémorrhagie, mais une seule des opérées guérit. (*Berl. klin. Woch.* n° 28, 1876.)

Ligature élastique. Son emploi s'étend et se généralise par l'avantage qu'elle a, en remplaçant l'instrument tranchant, de ne pas effrayer et de ne pas faire couler le sang. Son action compressive, lente et continue, permet ainsi de l'appliquer comme hémostatique pour l'ablation de toutes les tumeurs pédiculées dont l'hémorrhagie est à craindre. Elle a été ainsi employée avec succès pour l'ablation de l'épithélioma de la langue et sur le sac herniaire après la kélotomie. V. EPITHÉLIOMA, HERNIES.

Les vétérinaires s'en sont emparés à leur tour pour la castration des animaux. A M. Guérin, de Montereau, paraît revenir la priorité de cette application sur le cheval. MM. Rossignol, de Melun, et Cagny, de Senlis, n'ont pas tardé à l'imiter sur les béliers et les résultats ont toujours été plus rapides et satisfaisants qu'avec le fouet ou la ficelle dont on se servait auparavant. Sur 192 béliers, de huit mois à trois ans, opérés par M. Rossignol, il n'y a eu ni hémorrhagie, ni suppuration. La peau ne se coupe pas, et s'il est besoin d'une striction plus ou moins forte et prolongée, selon qu'elle est pourvue plus abondamment de laine, la section du cordon a toujours été plus rapide qu'avec les liens ordinaires. On se sert de petits tubes ou de petites bandes à cet effet.

Sur 8 chevaux châtrés par ce procédé, les testicules en

décomposition ont tombé du troisième au quatrième jour comme chez les béliers. (*Rec. de méd. vétérin.*, nos 13, 14, 15.

Sauf les expériences ultérieures sur les taureaux et les porcs, la ligature élastique paraît donc préférable, pour la castration, à tout autre moyen.

LOCALISATIONS CÉRÉBRALES. De leurs recherches expérimentales, MM. Lussana et Lemoigne concluent qu'il n'existe pas de centres moteurs dans les hémisphères cérébraux, mais que les vrais centres moteurs peuvent être excités par l'action des hémisphères, de même que les stimulants sensoriels excitent des actions réflexes. Cette proposition est basée sur ce fait que tous les mouvements du corps des oiseaux peuvent être exécutés après l'enlèvement des hémisphères, quoique cette mutilation abolisse les organes de l'intelligence et de l'instinct. Si, dans quelques cas, cette excision d'un hémisphère entier est suivie d'une certaine faiblesse, et même de parésie des membres du côté opposé, ce n'est qu'un effet transitoire dû aux troubles circulatoires dans les lobes optiques, causés par l'opération. La preuve en est que, si l'oiseau se rétablit, il peut vivre pendant des années sans aucune différence notable du mouvement des deux côtés. La parésie est plus marquée chez les mammifères parce que les hémisphères sont chez eux en connection plus intime avec le système pédonculaire et les thalami optiques, bien que la mort presque infaillible, qui suit ici l'enlèvement d'un hémisphère, ne permette pas de dire aussi sûrement que les centres moteurs n'y sont pas contenus. Pas un mammifère, sur plusieurs centaines opérés, n'a vécu plus de quelques jours, c'est-à-dire pas assez pour recouvrer l'usage des membres paralysés par cette excision. Renzi a pourtant observé ce fait sur un cochon d'Inde et Porta a vu une jeune fille commander parfaitement tous ses mouvements jusqu'à la mort, alors que l'autopsie montra la destruction complète d'un hémisphère par la suppuration.

Relativement aux récentes expériences de MM. Albertoni et Michieli, confirmatives de celles de MM. Carville et Duret en 1874, et montrant qu'un courant électrique sur le siége des centres moteurs de la surface des hémisphères détermine des mouvements définis et que l'ablation de la substance grise de ces points est suivie de parésie, toujours plus mar-

quée et persistante chez les chiens que chez les lapins, sans durer jamais plus d'une semaine, les auteurs n'admettent pas, comme les expérimentateurs français, que ces mouvements résultent de la diffusion du courant. Ils en trouvent la preuve en ce que le plus faible courant, appliqué directement sur le centre moteur, suffit à produire des mouvements, tandis que, plus fort et à un tiers de pouce de distance seulement de ce centre, il ne produit rien ; ce courant reste également sans effet lorsqu'il est appliqué sur la surface dénudée de ce siége, quelques jours après l'ablation de la substance grise, lorsque la parésie a disparu. Il n'y a donc pas substitution fonctionnelle, puisque l'enlèvement de la surface corticale du centre moteur chez le chien suffit à rendre le courant nul, bien que la parésie ait disparu et que l'ablation de la surface voisine soit impuissante à ramener cette parésie.

La théorie réflexe de M. Schiff est également repoussée puisque la parésie par l'ablation de l'écorce grise est transitoire chez les animaux et que l'hémisphère entièrement détruit chez l'homme ne cause parfois ni paralysie, ni aucun phénomène d'ataxie locomotrice, tandis qu'elle est constante et persistante après l'ablation des centres sensoriels.

Tout en reconnaissant la réalité des mouvements produits par l'excitation électrique des centres corticaux, ces auteurs ne peuvent reconnaître qu'ils sont semblables, similaires, identiques à ceux des nerfs moteurs, puisqu'ils ne sont pas de même impressionnables à l'excitation mécanique, ni même à l'électrisation chez les animaux asphyxiés ou anesthésiés, dès le moindre trouble circulatoire ou immédiatement après la mort. Ils diffèrent sur tous ces points des nerfs moteurs. D'ailleurs, l'évidence de ces centres corticaux ne peut être obtenue chez un certain nombre d'animaux adultes et ils sont complétement muets chez les jeunes, malgré l'existence de la sensibilité et des actions réflexes. La parésie, provoquée par leur destruction, n'est pas comparable à la paralysie observée après l'ablation des centres moteurs profonds. Bien des observations de lésion de la zone excitable chez l'homme n'ont été suivies de paralysies ni du mouvement, ni du sentiment. De là, les conclusions auxquelles ils sont arrivés : que les centres corticaux des hémisphères sont des organes de la volonté et des facul-

tés instinctives. Leur excitation provoque ainsi l'action des vrais centres de l'innervation motrice. De là, la parésie temporaire qui suit leur destruction. (*Archiv. de physiol.*)

De ses expériences faites sur des chiens en détruisant la périphérie d'un des hémisphères avec un jet d'eau froide, M. Goltz n'a obtenu aussi que des troubles de la sensibilité tactile de la vision et de la motricité. Leur durée passagère est sa principale objection. Ces effets se sont montrés d'ailleurs aussi bien avec la lésion de la zone excitable que de la zone non excitable. Mais la diffusion de l'eau, comme celle du courant électrique, ne permet pas d'obtenir une précision pour s'arrêter sur ces résultats. (*Revue mensuelle de méd. et chir.* mai.)

Il est à remarquer que ces localisations périphériques, nées de l'expérimentation en Allemagne et en Angleterre, sont de plus en plus mises en doute par les physiologistes les plus autorisés : Brown Sequard, Goltz, Hermann, Schiff, ou sont interprétées d'une manière différente. Au professeur Broadbent venant en promulguer les lois au dernier Congrès international des sciences médicales de Genève, d'après ces expérimentations électriques, l'irritation de ces centres périphériques et leur ablation, M. Schiff a opposé victorieusement l'inexcitabilité électrique mécanique et chimique des véritables centres, ainsi que de la substance grise de la moelle.

L'ataxie seule, l'irrégularité des mouvements, est résultée de l'ablation des centres périphériques dans les expériences de Hitzig et des ablations, faites par lui-même, n'ont produit qu'une abolition de la sensation tactile, ce qui est bien différent de la paralysie. Un rat, auquel on a retranché tous les prétendus centres cortico-moteurs du côté gauche, a été ainsi présenté au Congrès, comme une démonstration qu'il était parfaitement maître de ses mouvements du côté droit. La sensibilité tactile était seule abolie. L'ataxie des mouvements en résultant ne s'observait que dans certaines conditions fonctionnelles. Un chien opéré peut courir sans troubles apparents, le trouble ne se manifeste qu'en marchant lentement. L'obtusion de la sensibilité tactile chez les jeunes mammifères et les nouveau-nés est une autre observation qui contredit cette doctrine.

Quant aux corps opto-striés dont M. Broadbent fait trop

facilement les intermédiaires entre la moelle et les centres cortico-moteurs, son contradicteur leur refuse péremptoirement ce rôle. Des observations de M. Charcot ont montré que le corps strié pouvait être détruit sans hémiplégie et que la sclérose descendante de la moelle, consécutive aux lésions corticales, n'entraîne pas l'altération des corps optostriés. Une autre observation récente de M. Lafforgue a montré aussi que la portion grise de la couche optique ne peut être regardée ni comme un centre, ni une station pour la sensibilité. Aussi le physiologiste anglais, après ces preuves, n'est-il plus aussi affirmatif. (*Séance du* 10 *septembre.*)

Une relation frappante de voisinage, un rapport de direction, sinon de connexité, existe pourtant entre la nouvelle zone corticale motrice et les autres centres moteurs de l'axe cérébro-spinal. Formée des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes environnant le sillon de Rolando, réunies par le lobule paracentral et s'étendant en avant jusqu'aux pieds des circonvolutions frontales, cette zone, siége de la motilité périphérique, occupe la région latéro-médiane du cerveau, placée sur le même plan que le corps strié, siége central de cette motricité, et la partie antérieure et essentiellement motrice de la moelle. Ce rapprochement topographique, très-bien figuré dans l'ouvrage de M. Luys sur le cerveau (V. *année* 1876), est confirmé anatomiquement par l'identité de la substance grise et l'analogie des cellules constituantes de ces différents centres moteurs. Les recherches histologiques de MM. Belz, Mierzcjewski et Charcot ont montré, en effet, que les grandes cellules pyramidales, cellules géantes qui se rapprochent le plus, par leurs caractères morphologiques, des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle épinière, se rencontrent dans la substance grise au voisinage du sillon de Rolando et particulièrement dans le lobule paracentral.

Bien plus, l'autopsie de cinq malades, observés à la Salpêtrière, a montré à M. Pitres que les lésions de la zone motrice corticale du cerveau entraînent la dégénération secondaire de la moelle épinière. Chez deux malades, en effet, atteints de ramollissements latents, anciens et étendus, de l'écorce cérébrale en dehors de la zone motrice et sans paralysie, la moelle fut trouvée intacte, tandis que, sur trois hémiplégiques, on trouva, conjointement avec des lésions

très-limitées de la zone corticale motrice, une sclérose très-accentuée du faisceau latéral du côté opposé. Il y a donc, d'après ces faits, des relations plus ou moins directes entre la zone motrice corticale et certaines fibres des faisceaux latéraux de la moelle, comme il doit en exister avec le corps strié. (*Soc. de biol.* octobre 1876 et *Progrès méd.* n° 7.)

Ces contradictions anatomo-physiologiques ont discrédité l'expérimentation pour résoudre cette importante question. Aussi le courant des recherches a-t-il changé. Exclusivement physiologiques et expérimentales en Allemagne et en Angleterre, elles sont devenues cliniques en pénétrant en France, surtout depuis que M. Charcot en a pris la direction à l'École de la Salpêtrière, cette mine féconde des affections cérébrales. Les arguments et les démonstrations de la physiologie expérimentale étant restées contradictoires et insuffisantes, on s'est mis à vérifier, à contrôler les rapports des signes avec les lésions anatomiques. Cette direction a pris le dessus et ce sont aujourd'hui les médecins et les chirurgiens qui se déclarent les partisans les plus enthousiastes des nouvelles localisations. On en fixe, on en limite ainsi d'autant plus exactement le siége. Des rapports frappants sont établis et les physiologistes eux-mêmes, représentants de la science exacte, sont obligés de baisser pavillon devant l'observation clinique et de reconnaître sa supériorité. « Faut-il pour cela, — les résultats négatifs de la physiologie — rejeter l'existence des centres moteurs chez l'homme? » s'écrie M. Schiff. « Honneur à Charcot qui, par des recherches, a démontré leur existence! Il se peut fort bien que chez l'homme, grâce au perfectionnement de son organisation, ces centres s'étendent jusqu'à la surface du cerveau. Mais c'est seulement à l'observation clinique et non aux expériences physiologiques qu'il faut s'adresser pour en démontrer l'existence. » (*Congrès intern. de Genève*, 10 septembre.)

Ces connaissances anatomiques importent peu sans doute au traitement des affections cérébrales, sinon pour l'application du trépan, comme on le verra plus loin. Mais en éclairant le siége, elles aident au diagnostic et au pronostic suivant leurs manifestations. Si une hémiplégie totale d'emblée peut aussi bien être le résultat d'une lésion des corps striés que d'une apoplexie étendue de la zone motrice corticale

du côté opposé, celle-ci ne manquera pas, en s'étendant bientôt à la moelle, d'amener des convulsions ou de la contracture des parties paralysées et en indiquera ainsi le siége. Mais celles-ci se manifestent au contraire, le plus souvent, par des paralysies partielles ou monoplégies, continues ou dissociées, suivant les parties atteintes de l'écorce motrice, et s'étendent progressivement, comme le mal, avec les convulsions ou la contracture les accompagnant toujours. Les épilepsies partielles résultent ainsi de lésions excitantes de la zone corticale motrice du côté opposé ou des méninges correspondantes. L'apoplexie non suivie de paralysie ni de convulsions indique, au contraire, que la lésion siége en dehors de la zone motrice, c'est-à-dire en avant ou en arrière du cerveau.

C'est à justifier ces propositions par 42 observations cliniques, déjà connues et publiées, mais réunies, groupées suivant leurs analogies et éclairées par des planches, que MM. Charcot et Pitres ont élucidé ce sujet encore si obscur des localisations cérébrales. (*Revue mensuelle de méd. et chir.* n° 1 à 6.)

Voici à l'appui quelques nouveaux faits confirmatifs.

Un ouvrier reçoit, le 10 juin, un grand crochet de fer sur la tête qui lui enlève un fragment considérable de la voûte crânienne. Il est transporté à l'hôpital où M. Davidson constate l'enlèvement du frontal, surtout du côté droit, et s'étendant en arrière jusqu'à la suture coronale et même la partie postérieure de la circonvolution frontale supérieure. Les circonvolutions lésées se voyaient parfaitement avec des fragments osseux détachés et enfoncés dans le cerveau.

Le blessé a sa connaissance, mais ne sait trop ce qu'il dit. Il est agité et pris de mouvements continuels ; il mange et boit machinalement. Aucune trace de paralysie. Il urine et va naturellement à la selle ; il se calme le lendemain et meurt le 13 au matin.

L'autopsie montre que des morceaux d'os déprimé appuyaient sur le milieu de la circonvolution frontale gauche aplatie et ramollie. A droite, la lésion s'étend sur la même circonvolution et celle au dessous ; mais la circonvolution pariétale ascendante est saine. De là le défaut de paralysie. (*Lancet*, 10 mars.)

Un homme de 26 ans reçoit, le 11 novembre, un coup de

pied de cheval sur le côté droit de la tête. Pas d'accidents pendant quatre jours, mais alors la main gauche s'affaiblit, puis l'avant-bras et le bras, sans douleur ni convulsions. A son entrée à l'hôpital de Dresde, le 19 novembre, le professeur Birch-Hirschfeld trouve une paralysie motrice et musculaire complète du bras gauche avec persistance de la sensibilité. Les yeux fermés, le malade ne peut, avec son membre sain, retrouver son bras paralysé. Les jours suivants, la parole se trouble avec parésie faciale gauche et des muscles de la cuisse du même côté, la somnolence augmente.

Une incision cruciale des parties lésées montre une dépression du pariétal que l'on enlève en plusieurs fragments. Issue du pus et de liquide céphalo-rachidien. Dès lors, le pouls tombe, le sensorium est libre, les mouvements du membre inférieur gauche reparaissent, tandis que la paralysie du bras et de la face persiste.

A une méningite purulente de tout l'hémisphère droit s'ajoute, à l'autopsie, un ramollissement de la partie inférieure des deux circonvolutions centrales. Il atteint le pied de la deuxième circonvolution frontale et la substance corticale est en bouillie dans le fond du sillon de Rolando. (*Archiv der Heilk.* 1876.) Ces deux faits contraires justifient donc bien la localisation. En voici d'autres également affirmatifs.

Un phthisique de 40 ans entre à l'hôpital avec une hémiplégie gauche, contracture des fléchisseurs de la main et atrophie de tout l'avant-bras. Pas de paralysie de la face. Cet homme avait reçu, à l'âge de sept ans, un coup de croc sur le pariétal droit où existait une dépression manifeste. L'autopsie montra une perte de substance quadrilatère du pariétal et de la dure-mère au-dessous. Une espèce de cupule de l'écorce cérébrale existait à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur de la circonvolution pariétale ascendante. (*Union méd. du Nord-Est*, 31 mars.)

Une femme de 61 ans entre à l'hôpital, le 13 juillet, pour une violente douleur dans le moignon de l'épaule droite avec raideur du coude et faiblesse dans le bras. M. Lépine constate la paralysie graduelle de la motilité de ce membre; le 25 juillet, des mouvements involontaires se produisent dans le membre inférieur et, le 28, la parésie est très-mar-

quée. La paralysie du côté droit de la face survient ensuite. Mort le 17 septembre.

On trouve à l'autopsie un ramollissement des deux circonvolutions centrales ascendantes du côté gauche, surtout de l'antérieure et la portion avoisinante des frontales. La première seule est saine ; la substance blanche sous-jacente est ramollie sans atteindre les noyaux gris. (*Soc. anatomique*, octobre, et *Progrès méd.* décembre 1876.)

Un ramollissement dépassant également en profondeur la couche grise et atteignant la circonvolution pariétale ascendante dans le cinquième de sa longueur a aussi été rencontré par M. H. Martin à la suite d'une paralysie du bras gauche et du côté correspondant de la face. (*Idem.*)

Si ces localisations en masse sont très-positives, il n'en est pas de même lorsqu'on veut les circonscrire à tel ou tel membre, à la face, aux paupières. Jusqu'ici, les contradictions les plus flagrantes existent à cet égard et on le comprend très-bien par la ténuité des altérations cérébrales qui peuvent les produire.

Le siége moteur du bras, fixé dans le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante par MM. Carville et Duret, serait au contraire disséminé sur toute la hauteur des deux circonvolutions ascendantes et les parties contiguës, d'après MM. Charcot et Pitres. Chez un vieillard frappé subitement, après un simple vertige, d'une paralysie des muscles de l'avant-bras et de la main du côté droit, avec conservation de la sensibilité, M. Bourdon ayant rencontré un petit foyer hémorrhagique très-superficiel à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante gauche, avec traces de congestion autour, sans lésion des centres opto-striés, crut pouvoir le circonscrire là. Une paralysie des deux bras, survenue chez un maçon après une fracture du crâne, ayant montré deux foyers de méningo-encéphalite, l'un à gauche, dans le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante, et l'autre à droite sur la circonvolution pariétale ascendante, semblait encore justifier cette dernière localisation. Mais ayant ensuite réuni douze autres observations de monoplégies brachiales, empruntées à divers auteurs et toutes suivies d'autopsie, M. Bourdon a bientôt vu que, tout en y retrouvant uniformément les caractères spéciaux des

paralysies d'origine corticale : dissociation, marche envahissante, apparition successive, instabilité des phénomènes paralytiques, respectant toujours la sensibilité et sans perte de connaissance, il n'en était pas de même des lésions anatomiques. De nature très-variée, ces lésions tout en occupant, dans la majorité des cas, la localisation fixée par MM. Charcot et Pitres, s'étendaient aussi plus loin.

L'atrophie consécutive aux amputations du bras lui a fourni une localisation plus fixe. Elle siégeait à la partie supérieure des deux circonvolutions ascendantes, mais il n'y avait que deux cas comme preuve.

Dans six observations où la paralysie de la face se joignait à celle du bras, la lésion s'étendait en bas de la frontale ascendante, plus ou moins près de la deuxième où le centre moteur de la face est généralement fixé.

Quant au centre moteur du membre inférieur, il n'y a jusqu'ici pour le fixer, outre les expériences sur les animaux, que des observations incomplètes chez l'homme. Dans trois cas d'amputation, M. Luys a constaté une atrophie à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante, tandis que c'était dans la pariétale dans un cas d'arrêt de développement de ce membre rencontré par M. Landouzy. Les mouvements du bras et de la jambe seraient donc associés d'après cette localisation. (*Acad. de méd.* octobre.)

Par l'atrophie que produit à la longue le retranchement d'un membre au siége même de son mouvement, M. Luys montre aussi que la localisation de la motricité du membre inférieur peut être distincte et siéger plus bas que celle du membre supérieur. Le cerveau d'un homme, amputé de la cuisse gauche vingt-cinq ans auparavant, présentait une atrophie nettement localisée dans la deuxième circonvolution frontale droite. C'est le troisième exemple de ce genre. Le centre du mouvement du membre inférieur serait donc dans la région frontale, tandis que dans le cas d'amputation du bras de M. Duguet, l'atrophie siégeait au niveau de la pariétale ascendante.

Les lésions constatées, d'après ces faits, sont donc bien loin d'avoir un siége précis, univoque, correspondant aux symptômes observés. Leur topographie, marquée en points rouges sur le tableau d'un dessin du cerveau, à proportions

gigantesques, en montrait clairement l'éloignement. La diversité en éclatait aux yeux. La partie supérieure des deux circonvolutions marginales du sillon de Rolando en est bien le siége le plus fréquent, conformément à la circonscription fixée par MM. Charcot et Pitres pour les membres supérieur et inférieur, de même que la paralysie de la face correspond aux lésions inférieures; mais, entre ces deux distances extrêmes, que de points intermédiaires! Les points fixes, circonscrits par Ferrier, sont donc purement imaginaires. (*Gaz. hebdom.* n° 44.)

Des faits contradictoires établissent cependant que le dernier mot n'est pas dit sur la limite exacte de ces localisations. M. Chavanis en relate ainsi deux exemples, observés tout récemment dans le service de M. Perroud à la Charité de Lyon.

Une femme de 81 ans entre, le 12 février dernier, avec une hémiplégie gauche datant de deux ans. Le bras est très-contracturé, l'avant-bras fléchi à angle droit et les doigts fléchis dans la main, tout le membre rapproché du thorax. Le membre inférieur l'est moins ; incontinence. Rien à la face, pas même à la paupière gauche; parole normale. Sensibilité des deux côtés.

La mort, arrivée le 21, permet de constater des fausses membranes rougeâtres, aréolaires, minces du côté droit, et au-dessous un ramollissement rouge-jaunâtre, un peu anfractueux, limité en avant par la circonvolution pariétale ascendante qui est complétement intacte. Il comprend tout le lobule du pli courbe et plus de la moitié du pli courbe lui-même. Sa base, limitée par une membrane de nouvelle formation, correspond à l'écorce grise, s'enfonce en pyramide vers la partie postéro-supérieure du ventricule latéral. Masses centrales intactes.

Ce fait montre péremptoirement, comme celui de M. Rendu, que le pli courbe n'est pas le siége du mouvement des paupières, comme le docteur Grasset l'avait supposé, puisque ramolli en entier et exclusivement, il n'en a pas produit la paralysie. Mais il prouve en même temps que ce pli courbe et son lobule participent à la motricité générale localisée à la circonvolution pariétale adjacente, c'est-à-dire plus en arrière qu'on ne le croyait.

Confirmation en a été faite sur une fille de 14 ans, entrée le 10 du même mois et morte 24 heures après avec une

paralysie complète du mouvement du côté droit. L'autopsie montra un ramollissement rouge superficiel occupant la face interne du lobe occipital droit sans altération des méninges. Limité de haut en arrière par la grande scissure de l'hippocambe et de haut en avant par la grande fente de Bichat, il occupe ainsi la moitié postérieure de la deuxième circonvolution temporo-occipitale. Masses centrales absolument saines. La lésion, très-nettement localisée à la partie postérieure d'un hémisphère, peut donc entraîner la perte complète du mouvement. (*Lyon méd.* nº 26.)

Le tremblement sénile ne serait pas le résultat de l'âge comme on l'admet, suivant M. Luys, mais l'effet de scléroses localisées. Les vieillards sains n'en présentent pas. Une femme de 99 ans en était complétement exempte et jouissait de toutes ses facultés intellectuelles. On ne rencontra pas trace de sclérose à son autopsie. Les tremblements partiels des muscles des mains, du cou, chez les vieillards, seraient des exemples de sclérose corticale à vérifier par l'autopsie pour servir utilement à la théorie des localisations. (*Soc. méd. des hôp.* juillet).

De nouvelles injections, répétées en Allemagne par Heubner, ont montré à M. Duret une grande corrélation entre la distribution des artères et les régions physiologiques du cerveau. Les lobes et les circonvolutions ne seraient que des accidents de terrain, jouant un rôle secondaire. Le territoire de l'artère sylvienne correspond ainsi à peu près à la situation des centres moteurs volontaires, décrits par Ferrier, aussi bien chez l'homme que chez le chien, le lapin et le singe. Il divise ainsi le cerveau en trois grandes régions, ayant les limites des territoires vasculaires : la région motrice répondant à l'artère sylvienne et les régions intellectuelle et sensitive répondant aux artères cérébrale antérieure et postérieure.

Celle de Sylvius est donc la plus importante. Engagée dans la scissure de ce nom, elle se divise en branches centrales ou perforantes et corticales. Les premières sont destinées au corps strié, à la couche optique, à la capsule interne, à la couronne rayonnante de Reil, et l'une d'elles, par la branche lenticulo-optique qu'elle fournit à la capsule interne, provoque même l'hémi-anesthésie.

Les branches corticales de la sylvienne naissant du tronc commun, après les branches centrales, sont : l'artère de la troisième circonvolution en rapport avec le siége de l'aphasie, celle de la circonvolution frontale ascendante et la deuxième frontale, correspondant au siége de la paralysie du bras et de la face, et celle de la circonvolution pariétale ascendante en rapport avec le territoire dont la lésion produit la paralysie du membre inférieur; les artères pariéto-sphénoïdale et sphénoïdale.

Par cette distribution bien connue de l'artère sylvienne, il est permis aux localisateurs, médecins comme chirurgiens, c'est-à-dire avec ou sans lésions externes du crâne, de prévoir et d'annoncer le siége précis et la nature des lésions par la constatation même des effets pathologiques qu'ils produisent. C'est ainsi que M. Dieulafoy, constatant une hémiplégie droite avec aphasie, survenue subitement et sans prodrômes chez un homme de 36 ans, avec contracture et tremblement consécutifs, rapporte avec assurance tous ces symptômes à une embolie de l'artère sylvienne gauche. Éliminant la nature hystérique et saturnine de ces accidents et leur rapport avec une tumeur, l'athérome artériel ou l'hémorrhagie cérébrale d'après les symptômes, il fixe le siége de l'embolie avant la naissance des artères perforantes, puisqu'il n'y a pas eu d'hémianesthésie, mais après celle-ci et avant l'origine de celle de la troisième circonvolution, puisque la parole et le mouvement ont été perdus ensemble. L'embolie pourrait être double et séparée, mais on n'ose pas aller jusque-là.

Quant à la contracture progressive et permanente, elle est rapportée à la sclérose descendante du cordon latéral de la moelle, lésion secondaire provoquée seulement par les lésions corticales de la substance blanche sous-jacente, toujours atteinte dans les embolies des différentes branches corticales de la sylvienne, par le ramollissement profond qui s'ensuit, et jamais dans les autres.

Restait à expliquer le tremblement du bras, à oscillations rapides, verticales et bien cadencées, ni épileptiformes, ni choréiformes; il est rattaché à la même cause que la contracture, « parce qu'il n'est pas possible, pour le moment, de donner une explication suffisante des liens qui unissent la cause et l'effet. » (*Gaz. hebd.* n° 10.)

Il est évident, par ces détails, que la grande découverte des localisations cérébrales, quoique la dernière faite, laisse aujourd'hui le moins à désirer. Reste à savoir si l'autopsie confirmerait exactement ces savantes prévisions. Heureusement, le malade n'est pas disposé à laisser exercer ce contrôle, car il est en bonne voie d'amélioration du mouvement et de la parole.

C'est précisément sur ce dernier point que M. Bouillaud appelle l'attention de l'auteur, car si la perte de la parole a pu résulter du ramollissement de la troisième circonvolution, par le fait même de l'embolie de l'artère qui s'y distribue, le rétablissement de l'écriture, des gestes, des signes, perdus en même temps que la parole, ne saurait s'expliquer de même, car la perte de la parole existe séparément par le seul fait de cette lésion. Il reste donc à fixer le siége de ces lésions du langage *artificiel* dont chaque élément spécial ne saurait être méconnu. (*Idem*, nº 11.)

Une autre objection anatomique, bien plus capitale, a été faite par M. Charcot à cette nouvelle localisation vasculaire. C'est que le lobule paracentral, centre moteur démontré par des faits incontestables, ne reçoit pas de sang de la sylvienne, mais de l'artère cérébrale antérieure. Voilà donc encore une contradiction à cette loi générale que nos jeunes localisateurs prétendent ériger.

Paralysies partielles dans la phthisie. Voy. PHTHISIE.

Fonctions des tubercules quadrijumeaux. Serres le premier, d'après un cas observé par lui, en fit le siége de la coordination des mouvements, mais c'était par induction, supposition, plutôt que par démonstration. Goltz fit celle-ci en enlevant les lobes optiques aux grenouilles et Kohtz l'a confirmée en continuant cette expérience sur les oiseaux et les chiens. Mais ce n'étaient là que des vivisections. Il est vrai que, dès 1864, Henoch et Steffen observèrent des lésions tuberculeuses de ces tubercules chez des enfants d'un an et demi à 3 ans ayant donné lieu à des troubles de locomotion.

En voici une observation bien autrement démonstrative relatée par Kohtz.

Un enfant de 7 ans, bien constitué et possédant toute son intelligence, présenta d'abord, pendant dix mois, des trou-

bles de coordination analogues à ceux qui accompagnent les affections spinales : marche incertaine, chancelante, strabisme divergent, alternant de temps à autre, troubles du côté de la vessie, symptômes d'irritation et de paralysie des nerfs moteurs, spécialement des nerfs cérébraux, pas d'altération de la voix, ni de céphalalgie ; pas de mouvements impulsifs ou rétrogrades ; sensibilité normale partout.

A la suite d'une chute, des symptômes nets de tumeur cérébrale se déclarèrent subitement : paroxysmes douloureux intermittents de la région occipitale, vomissements, tendance à tomber à droite, en avant et en arrière, névrite optique, pas de nouveaux signes de paralysie, mais apparition d'accès épileptiformes avec cri hydrencéphalique et mort après quelques jours.

L'autopsie montra une tumeur, grosse comme une cerise, occupant les tubercules quadrijumeaux postérieurs avec une tumeur kystique plus volumineuse en arrière. La première était un fibromixôme.

La parésie des nerfs oculo-moteurs s'explique aisément ici, puisque les noyaux de ces nerfs sont situés très-près de la ligne médiane dans la substance des tubercules postérieurs où se trouvaient les tumeurs. Et l'ataxie locomotrice très-nette qui existait est une preuve que ces tubercules sont le siége de la coordination. (*Archiv pathol. anat. und phys.* 1876.)

Il est vrai que ce fait précis est encore unique, mais l'interprétation des précédents s'en trouve fortifiée, ainsi que les expériences sur les animaux. C'en est donc assez pour que les anatomo-pathologistes portent leur attention sur les tubercules quadrijumeaux.

Valeur des localisations pour l'emploi du trépan. V. Trépan.

Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau, par J. M. Charcot, recueillies par le docteur Bourneville, 1er fascicule, in-8° de 168 pages. Paris, 1876.

Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux au point de vue des localisations cérébrales, par le docteur A. Pitres, Paris.

LYMPHADÉNOMES. Diagnostic. Malgré les progrès de

l'histologie, la distinction certaine des tumeurs en malignes et bénignes ne peut encore être faite dans tous les cas. Certains lymphadénômes en particulier résistent à ce diagnostic. C'est le cancer des glandes ou lympho-sarcome, pour mieux sacrifier à la nosologie histologique d'une manière compréhensible. M. Trélat, en rappelant sa précédente méprise (V. *année* 1872), en relate un nouvel exemple. C'était une tumeur du testicule gauche chez un homme de 56 ans qui, après avoir reçu un coup à 12 ans, avait eu quatorze enfants; à 48 ans seulement, le testicule s'est mis à gonfler. Diagnostiquant un sarcôme, M. Trélat fit la castration et l'opéré sortit comme guéri.

L'examen histologique de la tumeur décela un lymphadénôme. Mais il y avait bien du sarcôme dans ce tissu ganglionnaire, car l'opéré rentra bientôt avec l'agrandissement d'une tumeur qu'il portait au front et la généralisation de tumeurs semblables sur le sternum. Il succomba à la cachexie d'un lymphadénôme malin, généralisé dans tous les organes.

Comment donc diagnostiquer ces tumeurs et ne pas pratiquer des opérations inutiles? Lorsqu'on est en présence d'une tumeur néoplasique, dit M. Trélat, qui n'a les caractères ni d'un carcinôme, ni d'un sarcôme, ni d'un épithélioma, on peut avoir affaire à un lymphadénôme, et, s'il coexiste avec une seconde tumeur, il faut s'abstenir de toute opération. Ce que l'histologie est impuissante à nous enseigner, il faut l'apprendre de la clinique.

Le diagnostic différentiel avec l'adénite cervicale est encore plus difficile. Chez un garçon de dix-huit à dix-neuf ans, pâle, quoique d'une bonne santé, porteur d'une adénite cervicale indolente, résistant depuis deux mois au traitement ordinaire, M. Paulet fit appliquer un vésicatoire volant. La fluctuation ne tarda pas à se manifester, mais l'ouverture ne donna que peu de pus. 15 jours après, le malade étouffe, il a la parole brève, le cou volumineux. Une large incision, faite en vue d'une infiltration purulente des parties profondes, n'amène encore que peu de pus. Une consultation avec M. Gosselin fait diagnostiquer un lympho-sarcôme d'après un fongus énorme faisant saillie à l'extérieur. Il n'y avait donc rien à faire et le malade succomba, en effet, peu après aux rapides progrès de la cachexie.

Ces méprises ne sont pas rares, car il n'existe au début qu'un gonflement apparent des ganglions. Leur suppuration même n'éclaire pas toujours sur leur nature. C'est ainsi, en croyant à une simple adénite suppurée, que M. Tillaux, après l'ouverture, vit se développer un énorme gonflement du cou, qui occasionna, comme dans le cas précédent, une asphyxie rapidement mortelle. M. Cruveilhier en signale un semblable.

Dans un second cas, c'est un an après l'extirpation d'un épithélioma ulcéré du bord de la langue que le malade revint avec une tumeur ganglionnaire fluctuante. 50 à 60 gr. de pus s'en écoulèrent par la ponction, mais des accidents d'asphyxie ne tardèrent pas à éclater, malgré l'affaissement de la tumeur. La trachéotomie fut pratiquée et entraîna la mort.

Ici du moins, il y avait un antécédent qui pouvait mettre sur la voie, mais souvent il n'y a d'autre indice que l'état général du malade et la marche, le caractère insidieux de la tumeur et sa résistance. Les tumeurs lymphadénomateuses sont encore unilatérales, indolentes et ne se rencontrent pas chez des scrofuleux. Elles s'accroissent en formant des chapelets sans s'abcéder ni adhérer à la peau, contrairement aux adénites inflammatoires. Ce sont, en un mot, les caractères cliniques du cancer glandulaire signalés par les anciens chirurgiens. Mais souvent aussi, ils font défaut ou ne se montrent que quand l'erreur est commise, que le pronostic rassurant a été communiqué.

Chez deux vieillards de 63 et de 73 ans, observés par M. Th. Anger, le mal a débuté sur les amygdales où l'on constatait un champignon épithéliomateux. Les ganglions cervicaux s'étaient pris consécutivement. (*Soc. de chir.* février et mai.)

Lymphadénome de la face. *Mort par leucémie.* Un lieutenant de douanes de 41 ans, robuste, sans maladie antérieure, est atteint, en juillet 1876, d'une petite grosseur dans la paupière supérieure gauche sans cause connue, sans douleur, ni trouble local. Elle s'étend rapidement à tout le côté de la face, et à son entrée au Val-de-Grâce, le 18 octobre, M. Perrin constate l'engorgement des ganglions cervicaux avec cachexie profonde, troubles de la vue. Mort le 21 novembre, presque sans amaigrissement.

L'autopsie montre que la tuméfaction siége exclusivement dans les parties molles, la peau et le tissu sous-cutané, ainsi que les ganglions du cou. Aucun autre ganglion n'est tuméfié. Les coupes de la partie indurée montrent un tissu lardacé, de coloration uniforme, sans suc cancéreux, confondant tous les tissus dans son épaisseur de 4 centimètres depuis la peau jusqu'au périoste resté sain, ainsi que les os.

L'examen histologique de la tumeur primitive de la paupière montre des éléments cellulaires arrondis, analogues à ceux des ganglions lymphatiques. C'est donc une production lymphatique. Le foie est parsemé d'amas de leucocytes, comme dans le cœur et la rétine de l'œil gauche. Le malade a donc succombé à une dégénérescence leucémique.

Un cas semblable a été observé à l'hôpital Saint-Louis, par M. Duplay, chez un cordonnier de 35 ans, entré le 25 février 1876 avec une tumeur générale de la face ayant débuté, un an auparavant, par une petite tumeur sur le corps de la mâchoire inférieure et du côté gauche six mois après. Malgré un traitement anti-syphilitique, elles ont envahi rapidement toute la face et les régions parotidiennes, sous-maxillaires, sterno-mastoïdiennes et jusqu'à la fosse temporale. Dureté considérable, presque cartilagineuse, pas de sensibilité à la pression, ni douleurs spontanées. Troubles de la vision. Voix nasonnée, gutturale, haleine fétide, surdité à droite. Amaigrissement considérable par suite de la difficulté de l'alimentation. Mort le 23 avril.

L'autopsie montra les mêmes lésions locales que dans l'observation précédente, mais sans trace de leucémie dans les organes internes. Il y avait des cavernes multiples au sommet des deux poumons. ((*Gaz. hebd.* n° 23.)

S'il n'y a pas lieu de confondre ces tumeurs avec le cancer squirrheux des glandes au point de vue histologique, on ne peut s'empêcher de trouver une grande similitude au point de vue de la marche et de la terminaison fatale. Les symptômes seuls diffèrent, ce qui tient sans doute à la différence du tissu atteint.

LYMPHORRHAGIE BRONCHIQUE. Le docteur Henrot donne ce nom à la formation dans les bronches de concrétions leucocyto-fibrineuses non tubulées, compactes, parsemées de petites vésicules aériennes qui compliquent la

pneumonie. Elle résulte d'une exsudation fibrineuse et d'une diapédèse des leucocytes du sang ou de la lymphe à travers les parois des capillaires et des bronchiales. Elle est caractérisée par une dyspnée non en rapport avec l'étendue de la maladie première ;

Des quintes de toux expulsives extrêmement fatigantes, se prolongeant sans interruption jusqu'à l'expulsion de la concrétion ;

Des accès de suffocation, avec angoisse précordiale et commencement de cyanose ;

De la matité, de la diminution, puis de l'absence complète de murmure vésiculaire ;

Des bruits passagers de soupape qui s'entendent tantôt dans les deux temps de la respiration, tantôt à l'expiration seulement et par des bruits de *quacquac* ;

L'expectoration de concrétions non canaliculées, finement ramifiées, infiltrées de fines bulles d'air, sans tendance aucune à l'organisation ;

Enfin, la disparition instantanée de la matité pulmonaire et le brusque retour du murmure vésiculaire à la suite de l'expulsion des concrétions fibrineuses.

Ce dernier signe est absolument pathognomonique.

Le fait clinique capital, c'est que l'oblitération des bronches, par des concrétions leucocyto-fibrineuses, donne une matité aussi considérable, une absence de murmure vésiculaire aussi complète que l'épanchement pleural le plus évident ; qu'en conséquence, la thoracentèse, sous peine de blesser le poumon, ne doit être tentée que lorsqu'on a acquis la certitude que ces deux signes importants ne sont pas produits par des concrétions, mais bien par la présence d'un liquide dans la plèvre. (*Congrès de l'Association française.*)

M

MALADIES. Considérées dans les années et dans les saisons, dit M. E. Besnier, les maladies épidémiques s'élèvent et s'abaissent alternativement. Elles subissent une véritable gravitation, parcourent des courbes qui leur sont propres et sont soumises dans leurs phases à certaines lois.

En prenant les années et les saisons comme plan d'évolution de ces maladies, exactement à la manière dont les astronomes prennent l'espace comme champ de gravitation des astres, on doit pouvoir, par une étude attentive et suffisamment prolongée, par des observations numériques faites conformément au procédé scientifique, tracer un jour la carte normale des maladies épidémiques, comme on cherche à tracer aujourd'hui la carte des vicissitudes de l'atmosphère, comme on a tracé depuis longtemps la carte céleste. Si la réalisation complète de ce projet ne peut être le fait d'un observateur isolé, ni d'une courte période, la netteté et la précision des résultats établis partiellement ne permettent pas de douter que cette réalisation ne se produise un jour. V. Fièvre typhoide.

Maladies constitutionnelles. *Influence sur le résultat des opérations.* Frappé des accidents, des complications et des morts promptes qui surviennent parfois après un traumatisme accidentel ou certaines opérations, sans que le siége ni l'étendue de la lésion en rendent compte, M. Verneuil en a vu la cause dans des états généraux acquis ou héréditaires et consistant en lésions viscérales ou en altérations des humeurs. De là ses recherches personnelles, depuis dix ans, à cet égard, et les faits déjà nombreux qui se dégagent de cette étude à l'appui de son opinion. En provoquant l'attention médicale à ce sujet, il en est résulté une véritable enquête générale dont le docteur Bouilly a fait un résumé clair et précis, avec les principaux faits relatés à l'appui. Il classe ces états généraux constitutionnels de la manière suivante et dont le tableau synoptique donnera une idée saisissante :

Maladies diathésiques	Arthritisme	Goutte Rhumatisme
	Herpétisme	
	Scrofule	
	Cancer	
Intoxications	Inoculation d'un virus animal	Syphilis Charbon Morve
	Miasme végétal	Impaludisme.
	Intoxications	Alcoolisme Hydrargirisme

CACHEXIES	Glycosurie ou diabète, phosphaturie Albuminurie Leucémie Scorbut, etc. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

Ces divers états généraux, constitutionnels, dont l'influence est si manifeste dans certains cas sur le résultat des opérations, peuvent être aussi provoqués, réveillés ou aggravés par le traumatisme et surtout les opérations, comme la clinique le prouve. Des exceptions très-remarquables ont cependant lieu à cet égard. Tels sont les succès et même la cicatrisation rapide de la plupart des amputations du cancer du sein et d'autres parties. On en voit même la guérison définitive survenir après deux et trois récidives, c'est-à-dire lorsque la localisation du mal ne peut être invoquée. Quelle est donc la cause mystérieuse de ces exceptions?

C'est à rechercher les cas et les conditions où ces heureux résultats s'observent que l'auteur a consacré son travail inaugural. En dehors du blessé et du milieu où il est placé, il a étudié les altérations des tissus où portent les traumatismes opératoires et accidentels, qui en sont le troisième facteur. Outre les altérations locales que les états diathésiques et même les lésions viscérales apportent dans les tissus : — l'œdème dans l'albuminurie, les affections cardiaques, la cirrhose; l'altération des vaisseaux dans l'alcoolisme, l'hémiplégie; l'imprégnation par l'acide urique dans la goutte, par la glycose dans le diabète; — il en montre les altérations par les troubles de la circulation, de l'innervation et par l'inflammation aiguë et chronique. En signalant, par des faits, les accidents, les complications qui surviennent dans ces diverses conditions, il a indiqué les moyens de s'en prémunir.

Des lésions traumatiques portant sur des tissus malades, thèse inaugurale par le docteur Bouilly, Paris, 1877.

Maladies infectieuses. *Prévention.* Conformément au programme de M. Disraeli en prenant le pouvoir : que la santé du peuple était le premier devoir d'un homme d'état, *the health of the people is the first duty of a statesman*, le gouvernement anglais a accordé un subside de 8,750 francs à la Société pathologique de Londres pour qu'un comité, pris dans son sein et assisté de médecins et de chirurgiens de

tous les principaux hôpitaux, fasse une enquête sur les causes, la nature des maladies infectieuses et les meilleurs moyens à employer pour les prévenir, notamment la pyémie, la septicémie, l'infection purulente et la fièvre puerpérale. Des recherches actives vont donc être faites et des mesures préventives ne tarderont pas à être édictées comme la sanction.

Traité des maladies infectieuses, par Griesinger. Deuxième édition française, revue et annotée par le professeur Vallin qui, par ses remarques, ses observations, en a fait un livre nouveau.

Maladie de Bright. Ce terme générique, quoique s'appliquant aujourd'hui à des maladies diverses des reins, à des processus pathologiques variés, différents, comme l'anatomie pathologique l'a démontré, ne doit pas moins être conservé dans la nosologie, suivant le docteur Dieulafoy, au point de vue symptomatologique de ces maladies. C'est à tort que certains auteurs l'appliquent exclusivement à la *néphrite parenchymateuse* ou *gros rein blanc*, par opposition à la *néphrite interstitielle* ou *petit rein, rein contracté* des Anglais, car le diagnostic différentiel de ces deux lésions est souvent impossible au lit du malade, certains symptômes caractéristiques de l'une pouvant se retrouver dans l'autre et réciproquement. L'autopsie même ne résout pas toujours la question, car on trouve parfois les lésions combinées de ces deux néphrites ou l'une des deux à l'état imparfait. C'est pourquoi Rayer, Frerichs et d'autres en avaient fait une seule maladie , dont les lésions précédentes constituaient les divers stades ou périodes. Quoique représentant des formes parfaitement distinctes, Bright ne s'en est pas moins montré grand clinicien en les réunissant sous son nom.

Pour le montrer, M. Dieulafoy analyse les symptômes de deux malades, un homme et une femme, le premier atteint de néphrite interstitielle, la seconde de néphrite parenchymateuse. Or, tandis que l'*œdème*, l'*anasarque*, est caractéristique de celle-ci et insignifiant et passager dans celle-là, l'homme était infiltré dès le début, tandis que la femme n'eut de l'hydropisie que longtemps après les autres symptômes.

Et quand on sait que cet œdème se localise parfois au poumon, à la glotte, au prépuce, dans les deux cas, on ne peut guère l'attribuer plus à l'un qu'à l'autre.

La *polyurie*, rattachée surtout à la néphrite interstitielle et paraissant au début, a été observée au contraire dans les deux cas.

L'*hypertrophie cardiaque*, que Traube a constatée 93 fois sur 100 néphrites interstitielles, se retrouvait exactement dans le premier cas, mais sans manquer toujours dans l'autre.

De même du *bruit de galop* signalé par M. Potain, des *troubles de la vue* ou rétinite, de la *demi-surdité*, de l'*albuminurie* et même de l'*urémie*. Sauf les cas bien tranchés, les symptômes souvent contradictoires, ébauchés, dénaturés ou mal groupés ne permettent donc que de porter le diagnostic générique de *mal de Bright*. (*Gaz. hebd.* nos 12, 14.)

Surdité. Symptôme de la maladie de Bright que M. Dieulafoy a signalé le premier, d'après huit observations qu'il rapporte, et qu'il a depuis observé dans cinq autres cas. Il semble donc aussi fréquent que les troubles de la vue avec lesquels il n'est pas sans analogie. Cette surdité se montre plus ou moins intense, avec bourdonnements et sans douleurs locales, dès le début de la néphrite, d'autres fois pendant son cours. L'auteur l'attribue à une lésion de l'oreille moyenne et de la membrane du tympan. (*France méd.* no 16.)

MÉDECINE LÉGALE. *Enseignement.* Conformément à la demande formulée par M. Devergie, l'éminent doyen des médecins légistes français, que des conférences soient faites à la Morgue en faveur des étudiants en médecine, sur les cas qui s'y trouvent chaque jour déposés, le doyen de la Faculté de médecine ayant adressé cette demande au ministre de l'instruction publique, celui-ci a bien voulu accorder cette permission.

En conséquence, le préfet de police vient d'autoriser ces cours spéciaux qui auront lieu deux fois par semaine dans le semestre d'hiver, du 1er novembre au 1er avril, soit par le professeur titulaire de la Faculté, soit par un agrégé. Les élèves munis d'au moins douze inscriptions et d'une carte personnelle y seront seuls admis avec les docteurs qui le

demanderont. De théorique qu'elle est restée jusqu'ici en France, cette partie de la science va donc devenir pratique, comme elle l'est depuis longtemps en Allemagne. Les médecins experts pouvaient seuls étudier les cas sur lesquels ils étaient appelés à se prononcer; avec les nombreux cas de suicides, d'assassinats et d'accidents qui se présentent journellement à Paris, les autopsies judiciaires offriront un ample champ d'investigation aux élèves pour connaître les signes et les lésions qu'ils seront appelés par les tribunaux à constater ensuite dans leur pratique. C'est donc là un grand progrès pour l'étude de la médecine légale.

Ecchymoses sous-pleurales. Données comme un signe médico-légal de la mort par suffocation, elles peuvent se rencontrer dans la mort par submersion quand le noyé, blessé ou non, est suffoqué sous l'eau, sans respirer. Des médecins experts, ayant constaté des ecchymoses sous-pleurales péricrâniennes chez une femme noyée, n'hésitèrent pas à déclarer qu'elle avait dû être suffoquée avant d'être jetée à l'eau. Les soupçons se portèrent sur le mari qui fut arrêté et accusé d'homicide devant la cour d'assises de l'Isère.

Considérant qu'en se jetant dans un puits de 10 mètres de profondeur sur un mètre 80 de large, ayant une nappe d'eau de 2 mètres 30, la victime n'a pu revenir à la surface aspirer un peu d'air et être *suffoquée sous l'eau* et en porter les lésions, le docteur Girard a montré qu'elles existaient en effet chez quatre lapins plongés dans l'eau les pattes liées. Ces faits expérimentaux ont paru concluants au jury qui a prononcé l'acquittement. (*Journ. de méd. de l'Isère*, 1876.)

Ce fait n'est pas contraire à la doctrine de M. Tardieu, il n'en est que l'extension. Un noyé peut mourir par suffocation, comme celui qui est étouffé, étranglé, quand il ne peut revenir à la surface de l'eau. V. MORT, RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE.

Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale, par H. Lutaud, ex-médecin de l'hôpital français de Londres, un vol. in-8, Paris.

Moins développé que le Manuel de Briant et Chaudé, celui-ci a l'avantage d'être plus au courant de la science et de s'appuyer sur les dernières découvertes, d'être plus concis

et plus portatif; il peut être ainsi le *vade mecum* du médecin devant la magistrature et devant le jury.

Des chapitres sur la législation relative aux aliénés et sur le rôle du médecin dans les assurances sur la vie lui donnent aussi une grande actualité.

Une partie est consacrée à la *jurisprudence médicale*, c'est-à-dire l'ensemble des lois, décrets et règlements sur l'enseignement et la pratique de la médecine et de la pharmacie.

En même temps que ce Manuel paraissait à Paris, une œuvre semblable paraissait à Londres chez M. Churchill, sous le même titre de *A handybook of forensic medicine and toxicology*, par le docteur Bathurst Woodman et M. Meynott Tidy. Cette coïncidence est d'autant plus frappante que le programme est le même et que le bien dit du premier s'applique au second.

MÉTALLOTHÉRAPIE. Un grand bruit s'est fait tout à coup sur cette singulière méthode de traitement des maladies nerveuses par l'application externe de différents métaux sur la peau, dont le docteur Burcq s'est fait l'initiateur il y a vingt-cinq ans. Tout en persévérant ardemment à la défendre, il n'avait pu fixer l'attention des médecins à ce sujet autrement que par la statistique sur l'immunité des ouvriers en cuivre pour le choléra. Grâce au nom et à l'autorité du professeur Charcot, qui a bien voulu mettre cette méthode à l'épreuve sur plusieurs malades de son service à la Salpêtrière, ses effets sont aujourd'hui étendus, élucidés en partie et promulgués dans le monde entier. Sans être merveilleux, ni surnaturels, comme on le croyait, ils sont assez réels, puissants et curieux pour être enregistrés.

D'après le docteur Burcq, l'application sur la peau d'armatures de divers métaux : fer, cuivre, zinc, or, en augmente ou restaure localement la sensibilité. Des armatures en cuivre peuvent réveiller la sensibilité cutanée de malades qui restent insensibles à celles de fer, de zinc, ou d'autres et réciproquement. Il l'a montré par des observations recueillies dans sa pratique et dans les hôpitaux sur des hystériques, épileptiques, gastralgiques, chlorotiques, dysménorrhéiques, et communiquées à l'Académie des sciences le 4 février 1850. Mais, quoique publiés et répétés depuis, ces

faits n'avaient pu être acceptés à cause de leur étrangeté, inexpliquée jusqu'ici.

Les expériences suivantes ont été faites publiquement par M. Charcot, du commencement de novembre 1876 jusqu'à la fin de février, sous la surveillance d'une commission de la Société de biologie et en particulier du docteur Gellé comme auriste, du docteur Landolt comme oculiste et de M. Regnard comme physicien. Cinq femmes hystériques ou hystéro-épileptiques, regardées comme incurables avec un côté du corps frappé d'hémianesthésie chronique et d'anesthésie des sens spéciaux de la vue, de l'ouïe et de l'odorat, après avoir été soumises à des épreuves répétées, rien moins que barbares si elles eussent été senties, pour constater cette insensibilité même, ont été étudiées au point de vue du métal qui peut avoir une action spéciale. La constatation en est facile. Il suffit de fixer des plaques de métaux différents : fer, cuivre, zinc, or vierge et or monnayé, pendant 10, 15 ou 20 minutes sur différentes parties anesthésiées. L'exploration en enlevant ces plaques, par la sensibilité à la piqûre, au contact à la température, permet de reconnaître l'idiosyncrasie métallique de chaque malade et alors il ne s'agit plus que d'appliquer le métal sensible. De ces cinq malades : Gleize et Bucquet étaient surtout sensibles à l'or; Bar, au cuivre, et Angèle au zinc, mais surtout à l'or.

Après 10 à 20 minutes d'application du métal sensible, la malade accuse une sensation locale, topique, de chaleur, d'engourdissement; la partie rougit et la piqûre devient douloureuse dans une zone plus ou moins étendue, avec retour incomplet ou perversion de la sensibilité. Appliqué sur l'avant-bras, par exemple, le métal ne tarde pas à produire la sensibilité de la main avec augmentation de la température et de la force musculaire dans les proportions suivantes:

Observation Gleize; *hémi-anesthésie droite.*

	Main gauche	Main droite
Force au dynamomètre avant l'application du métal.	45 kilog.	23 kilog.
Un quart d'heure après l'application.	35	31
Une heure 5 min. après l'application.	32	20
Température avant	27,5 à 30°	24 à 26°,7
Après 25 minutes d'application.	27 à 34°,2	26,5 à 35°9
Dix minutes après	35°,3	34°,6.

Ainsi le côté anesthésié gagne de la force et de la chaleur avec le métal aux dépens du côté sain qui en perd, mais ces phénomènes sont momentanés et ne tardent pas à disparaître du côté malade, en deux à trois heures, ainsi que la sensibilité. Cette malade se plaignit même, après chaque séance, de faiblesse générale, de mal de tête et de tendance au sommeil.

Sept jours plus tard, et après que les applications du zinc et du cuivre étaient restées négatives, et que l'anesthésie spéciale de l'œil, de l'oreille, du goût du côté droit avait été constatée, on applique des bracelets d'or monnayé sur le bras droit, au front, aux régions temporales et mastoïdiennes, et une pièce de 20 francs sur le côté droit de la langue. Dix minutes après, on constate les phénomènes suivants :

		Côté gauche.	Côté droit.
Force de la main	avant l'expérience	44 kilog.	23 kilog.
«	après	35	32
Ouïe	avant	montre entendue à 24 c.	presque nulle.
«	après	à 5 c.	montre entendue à 43 c.
Vue	avant	très-bonne.	nulle.
«	après	.	distinction nette et rapide des objets.
Goût	avant	normal	nul.
«	après	Id.	distingue l'amertume de la coloquinte, la rhubarbe et le sucre.

Il résulte de cette seconde expérience que la remarque faite dans la première doit être généralisée à la sensibilité spéciale, c'est-à-dire que le côté sain perd en partie ce que gagne le côté malade, non-seulement en force musculaire et en température, mais en ce qui concerne l'ouïe, la vue, l'odorat, le goût. D'après les constatations autorisées de M. Gellé pour l'acuité auditive, le balancement des chiffres qui la mesurent indique assez qu'il y a seulement déplacement, transfert de l'influx nerveux du côté sain au côté malade, par l'application du métal sur celui-ci, sans aucune addition pour l'organisme.

De même pour la vision. Ce que l'œil malade gagnait en acuité et en étendue était en partie perdu par l'œil sain

comme M. Landolt l'a constaté. En appliquant le métal sur le côté du nez ou de la langue malade, on rend également le sens de l'odorat et du goût.

La commission s'est aussi assurée, en répétant ces expériences sur les autres malades, qu'il n'y avait que transfert de la sensibilité générale du côté sain au côté malade, et cela d'une façon symétrique, plus ou moins étendue, à la volonté de l'expérimentateur. Des piqûres, faites sur les régions redevenues sensibles, donnent du sang, pour montrer l'activité de la circulation.

Ces résultats, bien établis, sont donc une confirmation évidente des faits annoncés par M. Burcq. Il est vrai qu'ils sont passagers, les malades retombent bientôt dans leur état anesthésique, mais il est possible qu'ils se prolongent, en laissant le métal en place ou en le replaçant de temps à autre, et qu'il y ait, comme M. Burcq l'assure, anesthésie et amyosthénie de retour. La commission n'a pas cherché par des applications répétées à obtenir des résultats thérapeutiques. Elle n'avait à constater que la réalité des faits physiologiques. Chacun sera libre d'en poursuivre l'application thérapeutique.

Afin de comparer si cet effet singulier, obtenu sur des malades sans lésions anatomiques appréciables, se produirait dans l'hémianesthésie de cause organique, M. Charcot soumit à l'action des métaux, le 13 janvier, la nommée Roussile, âgée de 54 ans, affectée depuis de longues années d'hémianesthésie et d'hémichorée de tout le côté droit du corps, consécutive à une hémiplégie, par lésion cérébrale. Négatif pour le zinc, le cuivre et l'or, le résultat fut positif pour le fer appliqué sur le bras et le front. Après 20 minutes, la sensibilité était revenue dans ces régions et s'étendit graduellement à tout le reste du corps du côté droit. L'hémichorée avait sensiblement diminué. Cette amélioration persistait le lendemain.

Le même résultat eut lieu pour la sensibilité spéciale. La coloquinte ne déterminant aucune saveur sur le côté droit de la langue, pas plus que l'éther sulfurique sur la narine droite, on applique une plaque de fer sur la langue et la narine droite et la malade perçoit très-nettement ensuite l'amertume de la coloquinte ainsi que l'odeur de l'éther. Ce

retour de la sensibilité spéciale a persisté, comme celui de la sensibilité générale, et existait encore à la fin des expériences. C'est donc une véritable restauration qui s'est opérée et qui s'est confirmée chez la nommée Petit, affectée de lésions semblables, par l'application de l'or. L'avenir seul pourra dire si elle sera définitive.

Le rétablissement de la sensibilité générale et spéciale a donc lieu aussi bien dans les cas d'hémianesthésie cérébrale que dans l'hémianesthésie hystérique, c'est-à-dire avec ou sans lésions organiques, mais de plus cet effet est persistant dans ce second cas, tandis qu'il est tout passager dans le premier. C'est là une découverte de la commission ajoutée à celle de M. Burcq et qui la confirme.

Restait l'interprétation scientifique de ces faits que M. Burcq n'avait pas donnée, ce qui les rendait inacceptables, sinon incroyables, comme entachés de merveilleux et de surnaturel. MM. Rabuteau et Onimus les rapportèrent à l'électricité en faisant remarquer que les métaux, en contact avec la peau humide, subissent un certain degré d'oxydation, et que, n'étant point chimiquement purs, toute plaque métallique, dans ces conditions d'oxydation et d'alliage, est un élément électrique, conformément à la théorie de M. Becquerel sur les phénomènes électro-capillaires. Une nouvelle série d'expériences fut donc instituée par M. Regnard en vue de vérifier cette interprétation. Il s'agissait de savoir si l'application d'un métal déterminait à la surface du corps des courants électriques d'une intensité appréciable, et, dans l'affirmative, s'ils donneraient des effets identiques aux précédents. En voici les résultats.

La nommée Gleize, dont l'observation précède, est soumise, le 28 janvier, à l'application sur le bras droit de plaques d'or vierge. Un galvanomètre à fil fin et très-sensible étant appliqué, l'aiguille se dévie à 3°, tandis que l'or monnayé, placé à une distance de 15 à 20 centimètres, la dévie à 12°. C'était donc une variation de 9° suivant le titre du métal.

A cette action métallique, on substitue un courant électrique d'une force de 10° mesurée avec le même galvanomètre, et les deux électrodes, terminés par des plaques de platine, furent placés sur l'avant-bras droit. Cinq minutes après, la malade éprouve une sensibilité obtuse avec dé-

mangeaisons et fourmillements, laquelle devient nette en vingt minutes, le sang coule au niveau des piqûres, la peau est rouge autour des électrodes, et le thermomètre marque 32° et seulement 26° à gauche. Le courant électrique avait donc reproduit exactement les mêmes phénomènes que l'application des métaux.

La nommée Bucquet, hystérique droitière et sensible à l'or, est soumise à l'application de ce métal et à celui du cuivre auquel elle est insensible. Le galvanomètre donne un courant de 2° avec l'or et de 15° au cuivre. Immédiatement, on y substitue des courants correspondants, et tandis que le premier ramène la sensibilité à la peau, le second demeure sans résultat.

La nommée Bar est sensible à l'action du cuivre dont l'application détermine des courants de 8 à 10°. Pendant cinq minutes, des courants de même force sont sans action appréciable, mais, quatre minutes après, on fait passer un courant de 34°, et, en deux minutes, la sensibilité est revenue dans la zone soumise à l'action du courant électrique.

Par là était donc acquis ce fait nouveau que les métaux déterminent dans la zone de leur application des courants électriques d'une force différente, facile à mesurer au galvanomètre de Dubois-Reymond, suivant la sensibilité des malades, que cette action est équivalente à des courants électriques de même intensité, et que ceux-ci produisent les mêmes résultats sur la sensibilité. De là, la différence d'action des métaux selon leur degré d'électricité, et la facilité, après avoir essayé l'idiosyncrasie métallique d'un malade, de les remplacer par des courants électriques, pour obtenir le retour de la sensibilité et de la force musculaire ainsi que de la chaleur.

Restait à faire l'épreuve de la même loi pour les sens spéciaux. La commission, ayant constaté que des courants électriques d'une pile faible de Trouvé avaient déterminé des résultats locaux analogues à ceux produits avec les métaux, appliqua le 4 février, sur une anesthésique à droite, et sensible à l'action de l'or et des courants faibles, deux électrodes en platine ne déterminant aucune déviation de l'aiguille galvanométrique d'aucun côté du corps. Après avoir constaté l'écartement des pointes d'ivoire d'un esthé-

siomètre à la face, l'avant-bras, la main et la jambe du côté sain, les électrodes furent placés sur le front et le pied du côté malade. 15 minutes après, la sensibilité commence sur ces deux points extrêmes, puis s'étend progressivement en se rapprochant de haut en bas. Une demi-heure après, elle gagne le bras, l'avant-bras et la main droite.

A ce moment, M. Gellé constate, avec le tube inter-auriculaire, que la sensibilité de l'ouïe à droite s'exerce à 50 et 60 centimètres de distance, au lieu de 12 qu'elle était avant l'application des courants, tandis que l'oreille gauche, qui percevait les sons à un mètre, ne les percevait plus qu'à 25 centimètres. C'était 75 centimètres de perdus du côté sain et 45 de gagnés du côté malade. De là le nom d'*Esthésiotropie* donné à ce curieux phénomène par celui qui l'a découvert.

Dans la même séance, M. le docteur Landolt constatait les mêmes phénomènes sur les yeux, c'est-à-dire que l'acuité et l'étendue de la vision diminuaient du côté sain, lorsque l'application des courants les avait améliorés du côté malade.

Ces faits de balancement, de transfert de l'influx nerveux, des sens spéciaux du côté sain sur le côté malade, étaient donc identiques aux résultats obtenus avec l'application des métaux sur la même malade. La sensibilité générale s'était de même déplacée, car le côté sain fut trouvé anesthésié dans toutes les régions symétriques où le courant avait ramené la sensibilité dans le côté malade.

Points neutres. Un fait pourtant a été découvert par M. Regnard dans ses expériences électriques avec ces courants si faibles qu'ils sont appelés physiologiques. En les comparant avec les degrés de force produits par les métaux sur trois des malades, il a constaté que, sensibles à ce degré correspondant, elles cessaient de l'être au-dessus pour le redevenir à un degré beaucoup plus élevé. Après des expériences répétées trois fois à différents espaces sur chaque malade, Marie Bar, hémi-anesthésique à droite et sensible au cuivre, n'était sensible qu'aux courants de 30 à 45° pour cesser de l'être entre 60 et 80°, et le redevenir au-dessus. Louise Gleize, sensible à l'or et insensible au cuivre, est sensible aux courants de 10 à 15°, insensible de 40 à 60, et sensible de 80 à

90°. Bucquet, sensible aux lames d'or et de cuivre, n'a qu'un point inactif entre 10 et 20°.

Il y a donc, dans l'échelle galvanométrique, certains points, toujours les mêmes pour la même malade, où la sensibilité revient sous l'action d'un courant, tandis que, plus faible ou plus fort, il est nul, quelle que soit, d'ailleurs, la durée de l'application des pôles. Ce sont les *points neutres* qui expliquent la différence d'action des métaux appliqués sur la peau des anesthésiques. Des phénomènes encore inconnus dans l'action des courants très-faibles sur le système nerveux peuvent donc être soupçonnés, d'après ce fait remarquable.

Faut-il induire de ces résultats que ce n'est là qu'un transfert, un déplacement momentané de la sensibilité du côté sain au côté malade ? Sur la nommée Gleize, le transfert était total et symétrique pour la sensibilité générale, et partiel pour la sensibilité spéciale comme on l'a vu. Chez les malades Angèle et Marcillet, on pouvait la transporter symétriquement, c'est-à-dire d'un coude sur l'autre, en y appliquant des plaques métalliques.

Il est donc ainsi démontré que chez des hystériques anesthésiées d'un côté du corps, aussi bien que chez des hémi-anesthésiques par lésion cérébrale, il est possible, avec des plaques métalliques ou avec des courants électriques faibles et correspondants, de rendre la sensibilité aux parties anesthésiées, d'une manière plus ou moins durable, mais que la perte d'une sensibilité égale se manifeste dans la partie opposée et symétrique du corps. Ce qu'on gagne d'un côté, on le perd de l'autre. Des expériences ultérieures modifieront peut-être ce résultat en appliquant simultanément du côté sain des métaux ou des courants d'intensité égale au côté malade pour retenir en partie cette sensibilité. On pourrait d'ailleurs appliquer cette donnée à l'hyperesthésie comme à l'anesthésie.

C'est ainsi que chez une malade de M. Luys, affectée depuis cinq ans d'hyperesthésie du côté gauche par lésion organique de la moelle, des courants faibles l'ont diminuée dans une proportion considérable. Elle avait été portée dans la salle des expériences sur un brancard, la marche déterminant de cruelles douleurs dans le pied et la jambe hyperesthésiés. La malade évitait, avec le plus grand soin, le contact de tout objet, elle craignait d'être heurtée par

ses voisines ou les gens de service, et n'osait faire un mouvement; la moindre pression de la surface du corps du côté gauche la faisait crier et pleurer. Des courants continus faibles sont appliqués pendant cinquante minutes sur le côté du corps hyperesthésié, et il s'ensuit une telle modification de la sensibilité que les pressions exercées sur la peau et les masses musculaires avec la main étaient sans douleur. De plus, elle put regagner à pied la salle d'infirmerie, et le bénéfice de cette application métallique a duré trois semaines. (*Soc. de biologie.*)

Cette élucidation par une société savante de faits constatés depuis longtemps contribuera-t-elle à étendre ces applications métalliques dans un but thérapeutique? On peut en douter, car, en en précisant l'action par ces expériences, en la rapprochant, en l'assimilant aux courants électriques faibles, elle a montré qu'il faut y recourir avec réserve, mesure et précaution. Les applications modernes de l'électricité en démontrent toute l'activité et le danger, et pour l'employer, mieux vaut recourir à des instruments, des appareils précis, dosés, qu'à des métaux inertes dont on ne connaît pas exactement la composition. Les points neutres découverts par M. Regnard en montrent la supériorité. L'efficacité indéfinie, que l'ignorance faisait attribuer aux métaux, est aujourd'hui limitée par la connaissance des lois de l'électricité.

Usage interne. Quatre de ces hystériques, soumises par M. Charcot à l'usage interne du métal, auquel la commission les avait trouvées sensibles, en ont éprouvé les meilleurs résultats. La première, atteinte d'une hémianesthésie complète gauche, depuis onze ans à la Salpêtrière, sensible aux bracelets d'or, fut soumise à l'usage de 2 centigrammes de chlorure d'oxyde d'or et de sodium le 11 juin. Dès le 17, la force musculaire avait augmenté d'un quart et augmente progressivement, l'appétit revient et les règles, disparues depuis deux ans, reparaissent le 3 juillet et ont continué régulièrement depuis. Plus d'attaques ni d'hyperesthésie ovarienne. En trois mois, cette femme avait gagné 6 kilogrammes en poids. Sensibilité normale partout. Guérison complète.

Un résultat semblable est obtenu chez Angèle D... aussi hémianesthésique.

La troisième hystéro-épileptique, avec anesthésie à droite et contracture de la jambe, analgésique à gauche, éprouve aussi le retour de la sensibilité normale par le même traitement. Elle n'a plus de crises hystériques ; mais l'épilepsie persiste.

Une autre hystéro-épileptique, dans un état analogue et sensible au cuivre, éprouvait une lente amélioration de l'application des armatures quand elle fut soumise à l'usage d'une pilule, puis deux, contenant vingt-cinq milligrammes de bioxyde hydraté de cuivre avec un demi-verre d'eau de Saint-Christau par-dessus. Les forces musculaires augmentent bientôt et, 13 jours après, la force de pression s'élevait à 34 kilogrammes, et à 40, cinq jours plus tard.

On donne alors l'albuminate de cuivre jusqu'à 10 centigrammes par jour. La sensibilité reparaît, ainsi que les règles. La malade s'étant refusée à la médication cuprique, elle perd bientôt cette amélioration que l'eau de Saint-Christau fait reparaître. (*Gaz. des hôp.* n° 113.) Ces observations peuvent servir d'exemple à imiter.

En rappelant les faits analogues obtenus à Londres il y a quarante ans, ceux-ci y ont eu un grand retentissement. Le docteur Elliotson avait produit publiquement, en 1838, chez Élizabeth O'Key des phénomènes convulsifs très-intenses par l'application du nickel sur ses membres. Des rougeurs, du strabisme, de l'opisthotonos en résultaient, alors qu'elle restait insensible aux autres métaux. Mais l'éditeur de la *Lancet*, M. Wakley, s'étant aperçu que, tout en ayant les yeux bandés comme les magnétisés, la patiente pouvait bien distinguer le métal employé, échauffa dans sa main un morceau de plomb et un morceau de nickel qu'il appliqua alternativement de la même manière et les convulsions apparurent avec l'un comme avec l'autre métal. L'influence mesmérique supposée du docteur Elliotson fut dès lors démentie, aussi bien que l'influence exclusive du nickel, mais la patiente fut laissée dans l'erreur de ce fait et il suffit d'appliquer ensuite le plomb, en lui disant qu'on appliquait du nickel, pour que les mêmes convulsions se produisissent pendant une demi-heure, tandis que rien ne survenait en appliquant du nickel au lieu de plomb. L'emploi de l'or et d'autres métaux acheva de montrer

l'imposture et enleva toute créance scientifique à ces faits.

En se renouvelant à Paris sous les yeux d'observateurs autorisés, avec un degré de précision qu'ils n'avaient pas encore eu, ces faits excitèrent vivement l'attention et l'intérêt du corps médical anglais. Plusieurs célébrités se sont empressées de traverser le détroit pour les observer dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière. Les docteurs Russell Reynolds, Broadbent, Althaus et d'autres, ont ainsi rendu le témoignage oculaire de leur réalité, dans la discussion qui s'est élevée le 29 octobre dernier à la Société clinique de Londres, à propos du fait suivant, relaté par le docteur Henry Thompson.

Un garçon de 14 ans, né d'un père français et d'une mère anglaise, entra à l'hôpital Middlesex le 10 mai dernier. Délicat sans être malade, il avait commencé, deux mois auparavant, à maigrir et à déraisonner, ayant des vertiges, accès de rire et de pleurer, avec toux rauque, enrouée. Depuis un mois, la parésie, la rigidité et la contracture des membres inférieurs l'empêchaient de marcher.

A l'examen, le pouls, la température et la respiration sont à l'état normal. Voix aphone quand la faradisation ne lui rend un peu de force. Jambes fortement fléchies sur les cuisses, pieds étendus. Organes génitaux peu développés. Anesthésie et ischémie généralisée depuis le début. Impassibilité à l'observation, malgré le bon état de la vue et de l'ouïe. Anesthésie cutanée complète et profonde aux impressions ordinaires et même douloureuses sur les joues, les avant-bras et tout le reste du corps, tellement que les piqûres faites jusqu'aux os ne sont ni perçues, ni suivies de saignement, si ce n'est quand la faradisation est appliquée.

Des pièces d'or monnayé furent appliquées le 18 mai et, après dix minutes, la sensibilité reparut localement dans une certaine étendue, ainsi que le saignement des piqûres. Répétée à divers intervalles et à plusieurs reprises les jours suivants, cette expérience donna invariablement le même résultat, tandis que, faite avec d'autres métaux, isolés ou non, et avec du bois, avec ou sans la connaissance du malade, le résultat fut toujours négatif. Une ou deux fois seulement, l'or manqua son effet immédiat, mais jamais après dix minutes d'application. Une piqûre, faite pendant le sommeil, réveilla le malade et amena du sang.

Un mois après son admission, le malade avait recouvré l'usage de ses membres et marchait à l'aide d'un bâton. L'anesthésie et l'ischémie ne disparurent que deux mois plus tard et il quitta l'hôpital, le 25 août, marchant parfaitement, avec le rétablissement normal de la sensibilité et de la circulation.

Ce fait est considéré par l'auteur comme un exemple d'hystérie chez un enfant intelligent, sincère et franc et nullement douillet, mais efféminé par les attentions excessives d'une mère passionnée. Il ne saurait expliquer l'effet excitant des métaux par une action purement mentale, comme le prétend le docteur Reynolds, car l'or agissait quand l'enfant croyait que c'était de l'argent, et celui-ci était sans effet quoique l'enfant crût que c'était de l'or.

Pour M. Althaus, la théorie de l'influence mentale ou des impressions morales ne peut être soutenue, car les malades sont souvent inconscients des expériences dont ils sont l'objet. Il en a vu d'insensibles au toucher, au pincement, aux piqûres d'épingles et même de lances amenant des hémorrhagies, devenir sensibles après 15 à 20 minutes d'application des métaux, la température locale s'élever de 26 à 28° C. à 34 ou 35, avec des différences semblables constatées dans le pouvoir musculaire, dans la vue par la distinction des couleurs, dans l'ouïe et le goût. Comment une opération mentale produirait-elle l'ischémie? Y a-t-il déplacement, transfert de la sensibilité et de la chaleur d'un côté du corps à l'autre? Car l'application des métaux remplace souvent l'anesthésie, et l'analgésie par l'hyperesthésie de l'autre côté devient souvent moins sensible. Des courants électriques produits par les métaux, ceux de l'or, les plus faibles, sont les plus efficaces, parce qu'ils ressemblent aux courants physiologiques des nerfs et des muscles.

M. Broadbent a vu une jeune fille non hystérique, dont la santé s'altérait, éprouver de la faiblesse dans les bras, et une diminution de la sensibilité des jambes. L'anesthésie avec ischémie furent ensuite constatées. Des applications métalliques rétablirent l'état normal, mais, au lieu de pièces de monnaie, il fit porter des jarretières et des bracelets sans informer des résultats attendus. En peu de jours, la sensibilité et la circulation reparurent, ce qu'il attribue à l'attention portée sur les parties malades.

Il a été beaucoup plus facile à M. Brudenell Carter de mettre ces faits en doute en les assimilant à ceux d'Elliotson. De nombreuses voix plus sérieuses se sont élevées contre cette prétention gratuite, en l'envoyant vérifier les faits. Il faut les admettre, a dit M. Barlow, sauf à avouer notre ignorance pour les expliquer. L'ensemble protéïforme de l'hystérie suppose des causes variées qui doivent en faire rechercher les effets, dit le docteur Coupland, et le temps est arrivé, ajoute M. Glover, d'une investigation plus minutieuse des phénomènes d'anesthésie. On peut en dire autant de l'ischémie et d'autres phénomènes mystérieux, poursuit le docteur Mortimer Granville, et ce sera un grand avantage pour la science de les distinguer et de les analyser. (*Lancet*, novembre, n°s 18 et 19.)

MORPHINE. Elle s'élimine par les matières fécales et non par l'urine, comme on aurait pu le croire. Vogt l'a prouvé par l'analyse suivante :

Un malade de 60 ans prenait tous les jours depuis cinq ans, par la voie gastrique, 1 gr. 5 de morphine et 2 grammes tous les deux jours en injections sous-cutanées. L'analyse de l'urine, à l'aide de l'alcool amylique, n'y décela aucune trace de morphine.

Au contraire, l'examen des matières fécales réunies pendant trois jours et traitées, moitié par la méthode de Stas avec l'alcool acidulé, et l'autre moitié dialysée, fut repris par la magnésie et l'éther acétique, et donna une quantité assez considérable de morphine. (*Zeitschr. für änalyt. chemie*, 1876.)

Dans les empoisonnements par la morphine, ce n'est donc pas dans l'urine qu'il faut chercher le corps du délit, mais dans les matières fécales contenues dans l'intestin. La comparaison de celles du gros intestin avec celles de l'estomac pourraient même déceler si l'empoisonnement est récent ou prolongé.

Contre-indications. La morphine accélère le cœur et la respiration, dit M. Laborde, et il en résulte l'indication de ne l'administrer qu'avec précaution chez les cardiopathes, ajoute M. Chouppe. Un homme de 60 ans, atteint d'un zona ophthalmique très-douloureux et d'un rétrécissement aor-

tique, ayant reçu une injection hypodermique contenant un centigramme de morphine, fut pris d'une déviation de la face avec aphasie transitoire, produites probablement par l'embolie d'une artère cérébrale. (*Soc. de biologie.*)

Essai sur le morphinisme aigu et chronique. Étude expérimentale et clinique sur l'action physiologique de la morphine; thèse inaugurale par Léopold Calvet, Paris, 1877. Les données expérimentales montrent qu'il y a imprégnation du poison par tous les systèmes à la fois et trois observations cliniques de morphiomanie, recueillies dans les hôpitaux de Paris, par l'abus de la morphine en injections hypodermiques, montrent combien il est dangereux d'habituer les malades à les faire eux-mêmes.

MORT. Mort par submersion. *Écume mousseuse.* Il résulte des observations nécropsiques faites sur les noyés de l'inondation de Toulouse et d'expériences sur les chiens, faites par MM. Bergeron et Montano, que, quelle que soit la manière dont la submersion ait lieu et l'état du noyé, le signe constant de ce genre de mort est la présence constante d'une écume mousseuse, non-seulement dans l'arrière bouche et le larynx, mais aussi dans les bronches. Que l'individu ait été libre de ses mouvements ou non, qu'il soit endormi, narcotisé ou anesthésié, ce signe seul prouve que la mort a été produite par la submersion. Son absence chez un noyé est donc un signe qu'il était mort avant d'être jeté à l'eau.

Les ecchymoses sous-pleurales, qui donnent aux poumons un aspect tigré, diffèrent des ecchymoses ponctuées qui sont le signe différentiel de la mort par suffocation.

L'intensité de la congestion et l'étendue des ecchymoses sont toujours, chez l'homme comme sur les animaux, en proportion des efforts faits pour se sauver. Ces deux faits sont établis par l'examen d'un très-grand nombre de cas de submersion à la Morgue de Paris et l'expérimentation physiologique de neuf chiens noyés de différentes manières et en différents états. (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, septembre, n° 101.)

Mort par refroidissement. En étudiant l'action du froid

sur les animaux à sang chaud, Horvath a observé que, avec la respiration artificielle, la vie est possible au-dessous de 19° C. qui en est la limite sans ce moyen. Le refroidissement peut être porté alors jusqu'à 5° C. au-dessous de zéro. En mettant le cœur du chien à nu, on voit ses battements accélérés et ralentis tour à tour ; variations indépendantes du système nerveux central et sous l'influence de la température lorsque la tension artérielle tombe à zéro. Les battements du cœur sont alors très-lents, tout en continuant longtemps. La tension des veines est si élevée que, en les ouvrant, le sang jaillit à une hauteur de six centimètres.

Dans ces conditions, le foie est gorgé de sang. Cette réplétion veineuse persiste plusieurs heures après la mort et peut être mise à profit pour les recherches médico-légales dans les cas de mort par refroidissement. (*Pfluger's archiv*, 1876.)

MUSCLES. Il est facile à un esprit tant soit peu spéculatif, de diviser, de séparer arbitrairement un certain nombre de muscles. Ainsi l'ont fait deux anatomistes allemands. Que l'on juge de l'utilité de ces subdivisions pour la chirurgie.

Sterno-cléido-mastoïdien. Au lieu de trois portions, le professeur Krause le divise en quatre. La portion sternale est divisée en sterno-mastoïdien et sterno-occipital et la portion claviculaire en cléido-mastoïdien et cléido-occipital. De ces quatre muscles, les deux premiers et le dernier sont superficiels, placés d'après cet ordre d'avant en arrière, le premier étant le plus apparent. Le troisième ou cléido-mastoïdien s'étend plus loin en arrière et, couché plus profondément, il croise les autres obliquement pour s'insérer à l'apophyse mastoïde. Le nerf spinal accessoire émerge du muscle entre les deux portions claviculaires qu'il traverse, soit entre la portion cléido-mastoïdienne, soit entre celle-ci et le sterno-mastoïdien.

L'avantage de cette nouvelle division serait de fournir la clef de quelques anomalies de ce muscle chez l'homme et l'arrangement de quelques particularités chez les mammifères, dépendant de l'absence ou du développement anormal d'un ou plusieurs de ces quatre faisceaux musculaires. Cette constatation ressortirait donc plus à l'histoire naturelle qu'à

la chirurgie. (*Centralblatt fur die medicin. Wissensc.* nº 25 1876).

Petit scalène. Ce nouveau muscle se trouve, d'après Zuckerkand, dans le triangle sous-claviculaire où il l'a constaté 22 fois sur 60 cadavres. Il varie considérablement de volume et d'origine. Égal parfois à la moitié du scalène antérieur, il est imperceptible dans d'autres cas. Il s'étend depuis l'apophyse transverse des sixième et septième vertèbres cervicales ou seulement de la dernière, sinon près du tubercule de la première côte, où est sa plus constante origine, jusqu'à la surface supérieure de la plèvre à laquelle il adhère et qu'il met dans la tension. En son absence, deux bandes de tissu fibreux le remplacent. On peut donc le considérer comme une simple expansion du scalène antérieur. (*Idem*, nº 48.)

Muscles du périnée. Les anatomistes décrivent séparément deux petits muscles, dits de Wilson et de Guthrie, dont M. Cadiat nie l'existence distincte. Après des dissections multipliées sur des cadavres de nouveau-nés et l'examen microscopique des coupes longitudinales de l'urèthre, il s'est assuré que l'un et l'autre font partie intégrante des muscles constricteurs de l'urèthre, disposés suivant un plan d'ensemble en une gaîne musculaire enveloppant ce canal et formant l'appareil sphinctérien. Le muscle triangulaire de Wilson, placé au-dessus de l'urèthre, n'est qu'un renforcement de l'anneau musculaire et n'est nullement traversé par les veines ni l'artère dorsale rampant au-dessus dans le tissu cellulaire placé entre lui et l'aponévrose superficielle. Quant au muscle transversal de Guthrie, placé sous le périnée, les fibres qui le constituent font partie de la double bande musculaire insérée sur le raphé. Ces muscles n'avaient été imaginés et distingués que pour servir à expliquer la théorie de l'érection rattachée aujourd'hui aux vaso-moteurs. (*Journ. d'anat. et phys.* janvier.)

Ces recherches sur des nouveau-nés prêtent cependant à une objection : c'est que ces fibres musculaires d'un organe, dont la fonction, l'usage physiologique n'a lieu qu'à l'âge adulte, pourraient bien n'être qu'imparfaitement développées et distinctes à cet âge où elles sont sans usage. Mais

les recherches récentes de M. Paulet, sur l'anatomie comparée du périnée chez plusieurs classes d'animaux avec celle de l'homme, mettent cette objection à néant en confirmant les même résultats que M. Cadiat, et en arrivant aux mêmes conclusions quant à l'existence séparée des muscles dits de Wilson et de Guthrie. (*Idem*, mars.)

MYOMES. Un nouveau cas en a été rencontré en Allemagne chez un homme de 54 ans, souffrant de dysurie depuis plusieurs années, sans pus ni sédiment dans les urines. Des filaments et des lambeaux charnus ayant été évacués à plusieurs reprises avec émission consécutive d'urine sanglante, rétention répétée nécessitant le cathétérisme, il entra à l'hôpital où M. Richard Wolkmann l'observa.

Le cathétérisme donne 300 grammes d'urine sanguinolente avec des détritus charnus dans les yeux de la sonde. Le toucher rectal uni au palper hypogastrique révèle une tumeur volumineuse à la partie supérieure de la vessie très-mobile. Un myôme pédiculé fut diagnostiqué.

Pour l'extraire, Wolkmann, à l'exemple de Billroth, commence par se frayer une ouverture au périnée. Incisant largement la région musculeuse de l'urèthre le long du raphé, il dilate la prostate et introduit le doigt dans la vessie. Mais il ne peut atteindre ainsi le pédicule de la tumeur qu'il sent et il se voit obligé, comme son devancier, de pratiquer la taille hypogastrique. La tumeur se présente alors et le doigt dans le rectum l'ayant fait saillir, elle est saisie et extirpée par des tractions violentes, l'ongle déchirant et rompant le pédicule. Mais la mort, après cette double ouverture de la vessie, ne manqua pas d'arriver le troisième jour.

La tumeur, plus grosse qu'un citron, était recouverte de la muqueuse vésicale saine, bilobée, avec un point gangréneux et plusieurs cicatrices en dégénérescence fibreuse. C'était un véritable myome sans vascularisation marquée. Une autre tumeur identique, mais plus petite, existait dans la vessie. (*Langenbeck's arch.* 1876.)

Ce second exemple montre la nécessité de préciser avec soin l'insertion de ces tumeurs, afin de les attaquer directement et ne pas être obligé de pratiquer deux tailles successives, ce qui double la gravité de l'opération et a pu déterminer la péritonite mortelle dans ce second cas.

Myôme utérin hydropique. Le docteur Worms désigne sous ce titre une tumeur intra-utérine, tour à tour fluctuante et résistante, s'accompagnant d'une hydrorrhée abondante. Le premier cas s'en est présenté à son observation en 1860, chez une femme de 26 ans, portant une tumeur abdominale médiane du volume d'une tête de fœtus, donnant au bassin la forme globuleuse d'un utérus gravide de cinq mois. Manifestement fluctuante à certains moments, sa pression faisait sourdre du col un liquide séreux jaunâtre, de consistance aqueuse. Il s'en écoulait même spontanément avec le caractère métrorrhagique à l'approche des règles. Le col était haut, central, fermé. Sauf l'écoulement, on pouvait donc croire à un fibrôme.

Velpeau et Nélaton consultés s'arrêtèrent à l'idée d'un kyste tubo-ovarien communiquant avec l'utérus. Mais les alternatives de fluctuation et de dureté constatées pendant plusieurs années, l'identité du liquide, autant que la persistance de ménorrhagies inquiétantes, l'apparition de bosselures sur la tumeur, qui s'était ainsi étalée, aplatie, ne pouvaient justifier ce diagnostic.

Un second cas servit à élucider celui-ci. Une femme de 45 ans portait une tumeur intra-utérine donnant à l'utérus le volume d'une grossesse de 7 mois. Son développement datait de dix ans, et, malgré cela, un accouchement facile avait eu lieu quatre ans après. Des ménorrhagies existaient depuis et nécessitaient un repos complet. Des alternatives de fluctuation et de résistance solide furent constatées, et, en pressant fortement, il jaillissait de l'orifice utérin, fermé comme à l'état normal, une quantité notable d'un liquide aqueux à peine coloré, donnant la sensation du liquide amniotique. La malade en était parfois inondée spontanément. L'hystéromètre ne pénétrait que de deux centimètres.

Aucun affaissement de la tumeur ne se produisant après l'écoulement, on ne pouvait admettre l'existence d'un kyste, d'une poche, comme dans les tumeurs fibro-cystiques. Le liquide recueilli avait d'ailleurs tous les caractères chimiques de la sérosité, une réaction acide, sans rien de caractéristique au microscope, tandis que celui des cysto-myômes, examiné par Virchow à l'autopsie, était épais, mêlé de grumeaux friables, formés de caillots sanguins décomposés. Il ne s'écoulait pas d'ailleurs par le vagin.

Après un de ces écoulements séreux spontanés, la malade fut prise de douleurs lombaires et abdominales assez vives, qui, après plusieurs jours, devinrent de véritables douleurs d'accouchement. Il y avait une dilatation complète du col et l'engagement d'une tumeur lisse, arrondie, dure. Cette propulsion augmenta de jour en jour et, malgré des tractions, le dégagement ne put s'opérer. M. Gosselin fut appelé et procéda à son ablation, en morcelant sa moitié libre pour atteindre plus facilement la base d'implantation. Elle était sans pédicule et sa base s'étendait sur dix centimètres de diamètre environ sur le fond de l'utérus. L'excision en fut faite à coups de ciseaux sans grande perte de sang. Une abondante suppuration s'ensuivit avec des phénomènes d'infection purulente qui furent heureusement conjurés et l'opérée se rétablit.

La tumeur excisée avait la forme ovoïde et le volume d'une grosse tête de fœtus à terme, charnue, peu vasculaire, n'ayant qu'un mince revêtement connectif; elle était compacte, sans trace de cavité. Le microscope n'y révéla que du tissu musculaire à fibres lisses. C'était un myôme mou, non pédiculé. Le liquide séreux ne pouvait donc provenir que de la surface interne de l'utérus. Après s'être accumulé, l'utérus se contractait d'une manière intermittente pour l'expulser.

Trois autres cas de tumeurs intra-utérines, fluctuantes parfois et accompagnées de flux séreux, ont encore été observées depuis par M. Worms. Il admet donc, d'après ces cinq faits, que cette espèce de myôme est assez fréquente et doit être confondue avec d'autres tumeurs de l'utérus. C'est ainsi qu'en assistant à une ovariotomie, alors que l'existence d'une grande poche fluctuante, remplissant presque l'abdomen, faisait croire à un kyste uniloculaire, il ne sortit qu'une faible quantité de sérosité lorsque, étant mise à nu, elle fut ponctionnée. Pensant qu'une autre poche se trouvait en arrière, on incisa et l'on s'aperçut trop tard que c'était le tissu même de l'utérus distendu par un myôme énorme dont on fit l'excision ; c'était donc là un myôme hydrorrhéique pseudo-fluctuant.

L'alternance de l'écoulement séreux, aqueux, peut servir à éviter cette erreur. La pression peut même servir de preuve. L'élasticité de la tumeur la rend ainsi moins gê-

nante et dangereuse pour les parties voisines que les myômes durs. Cette variété serait donc relativement bénigne, d'autant plus que son accroissement est lent. Le premier cas a duré ainsi quinze ans sans autres accidents que l'écoulement. Le myôme avec hydropisie utérine doit donc être distingué des autres, des fibrômes et autres tumeurs utérines. (*Soc. clinique de Paris*, mai.)

MYOSITE INFECTIEUSE. Aux altérations symptomatiques des muscles constatées dans ces dernières années à la suite des maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde et la variole en particulier (V. *années* 1871 et 72), viennent de s'ajouter quelques faits tendant à montrer que cette lésion peut exister spontanément, sans traumatisme, ni cause externe. Résultat et manifestation d'une infection générale de l'organisme, la myosite diffuse suppurée se distingue par une douleur brusque, fixe, intense, dans une masse musculaire, sans autre phénomène externe que du gonflement. Les symptômes généraux ne tardent pas à se montrer avec quelques signes locaux comme l'œdème, la coloration rougeâtre ou jaunâtre des parties douloureuses. La mort en est rapidement le résultat.

Foucault la distingua, le premier, du phlegmon diffus profond, des abcès musculaires, de l'infection purulente, avec lesquels elle peut être et doit avoir été souvent confondue. Il s'agissait d'un homme de 24 ans qui fut pris, sans cause connue, de douleurs au bras gauche ; des phénomènes généraux très-graves survinrent rapidement qui firent croire à un rhumatisme cérébral. La mort survint le cinquième jour et l'autopsie ne révéla qu'une myosite suppurée diffuse du triceps brachial. (*Bull. soc. anatom.* 1869.)

Deux faits analogues sont rapportés par le docteur Nicaise. Un menuisier de 40 ans, épileptique, éprouve, le lendemain d'une attaque, des douleurs à la partie supérieure et interne de la cuisse droite. Quatre jours après, il entre à l'hôpital Saint-Louis avec fièvre, gonflement profond de la cuisse droite, sans plaie ni inflammation superficielle, ni coloration, ni œdème de la peau. Des douleurs à l'épaule droite se déclarent, ainsi que sur la partie latérale droite du thorax. Une large plaque d'un jaune clair, pâle, puis jaune rouge s'étend de l'aisselle jusqu'aux dernières côtes. De l'œdème se

manifeste aussi à la cuisse avec coloration rose clair de la peau. Tous ces phénomènes augmentent rapidement ainsi que la fièvre, sueurs abondantes, agitation extrême. Pas de sucre, ni d'albumine dans les urines, pas de fluctuation des parties gonflées et œdémateuses. Mort le dixième jour de l'invasion.

L'autopsie montra une infiltration purulente des muscles adducteurs de la cuisse droite ; les autres faisceaux musculaires de la cuisse étaient grisâtres, infiltrés de pus, comme spongieux, et donnaient à la pression un liquide sanieux puriforme; même infiltration purulente depuis l'aisselle jusqu'au rebord des côtes, notamment dans le grand dentelé et le grand pectoral.

Rate noire en bouillie, foie gras, reins sains, sans trace d'infarctus ni d'abcès métastatiques.

Etait-ce là le résultat de l'attaque épileptique, la suite de contractions musculaires excessives de l'accès ? On peut le supposer, car un boucher de 45 ans, à la suite de fatigues, éprouva les mêmes signes. Admis au même hôpital quelques jours après, il présenta une large plaque, rougeâtre au centre, jaunâtre à la périphérie, indurée, limitée par une légère saillie, chagrinée, recouverte de petites phlyctènes à la partie externe et antérieure de la cuisse, sans fluctuation bien sensible. Fièvre et agitation; malgré une incision de 20 centimètres au thermo-cautère, donnant issue à un pus séreux abondant, l'état général s'aggrava et la mort arriva quatre jours après.

Le triceps était infiltré de pus au-dessous de la tache ecchymotique signalée, sans pus dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Un terrassier de 62 ans, atteint de deux ulcères variqueux de la jambe droite, consécutifs à une fracture, éprouve subitement des douleurs dans le genou et la cuisse de ce côté et dans le bras opposé. Les ulcères, de 8 centimètres de long sur 5 de large, sont à bords relevés, à fond blafard et recouverts de petits vers blancs, donnant une suppuration fétide. Les symptômes augmentent, du 3 au 9 octobre, sous une forme typhoïde légère. Des incisions donnent issue à une grande quantité de pus séreux. Mort le neuvième jour de l'invasion.

Mêmes lésions de myosite diffuse suppuré des triceps

fémoral et brachial, sans infarctus ni abcès métastatiques dans les viscères, malgré les apparences symptomatiques d'une infection purulente. Une lymphangite, partant des ulcères, expliquait ici la myosite, mais une infection générale grave ne tarda pas à se montrer, comme dans les autres cas, et se manifestant par des myosites éloignées de la plaie. On ne peut donc voir là qu'une infection générale portant exclusivement son action sur l'appareil musculaire. (*Revue mensuelle de méd. et chir.* janvier.)

Cet avertissement ne manquera pas de faire observer de nouveaux faits et de montrer si des causes externes, une fatigue extrême, des blessures, des contusions, ne causent pas cette myosite infectieuse.

MYRINDECTOMIE. C'est la perforation du tympan dont voici les indications suivant le docteur Miot.

1° Lorsqu'il y a collection purulente ou sanguine dans la caisse par suite d'inflammation aiguë ou chronique.

2° Contre l'oblitération de la trompe, elle est préférable au cathétérisme forcé de la trompe d'Eustache.

3° Dans le rétrécissement ou la sclérose de la caisse.

4° Contre les adhérences du tympan.

5° Contre les bourdonnements produits par la tension morbide du tympan ou des osselets.

Cette opération est contre-indiquée, au contraire, dans la paralysie avancée du nerf auditif. Dans l'ankylose de l'étrier, contre l'atrophie du tympan et lorsqu'il a des adhérences étendues.

M. Miot préfère l'incision à tous les autres procédés pour la pratiquer, tout en renonçant à son œillet métallique pour maintenir l'ouverture. (*Progrès médical*, mars 1876.)

De la myrindectomie, par C. Miot, brochure in-8°, Paris. Ce travail est fondé sur 72 observations cliniques.

N

NÉCROLOGIE. Chaque année, le même martyrologe se renouvelle. Six médecins sont encore morts à Paris de la diphthérite et du croup contractés en prodiguant leurs soins à des enfants qui en étaient atteints. Ce sont MM. Regnauld,

Dubois, Mérandon, Cintrat, Carrère, et Dublanchet. Pour tous ces martyrs obscurs de leur profession, il ne restera peut-être que cette simple mention de leur sacrifice, tandis que des statues, des colonnes mémorables sont élevées à la mémoire de ceux qui ont parcouru une longue carrière couronnée de titres et d'honneurs.

Une statue en bronze de James Simpson a été élevée à Edimbourg dans la partie du jardin opposée à celle où se trouve celle de Walter Scott. Il est représenté dans l'attitude du professeur faisant une leçon à ses élèves.

On remarquera avec plaisir que l'année a été moins meurtrière que les précédentes envers les célébrités de la profession, si ce n'était l'automne qui est venue faucher parmi les vétérans surtout.

Adami, *Evasio*, médecin du roi d'Italie, est mort à Turin le 24 août après deux mois de maladie, âgé de 50 ans seulement. Il avait succédé à son père dans la confiance de la maison royale de Savoie. Son savoir égalait sa bienveillance et son jugement, c'était un ardent promoteur des sciences et un observateur sagace.

Aussitôt que le roi apprit son état désespéré, il vint le visiter et le consoler. Il était commandeur de son ordre et honoré de l'estime et la confiance de tous ceux qui le connaissaient.

Barth, surnommé l'austère, le bon, le juste, a cessé de vivre, le 2 décembre, à 72 ans. C'était l'Hippocrate moderne, le médecin le plus consulté, le plus estimé et le plus aimé de ses confrères et de ses malades. Sa loyauté était proverbiale et indiscutable. Il avait horreur de l'iniquité, du mensonge et surtout du charlatanisme professionnel. Toujours bienveillant et bon, sympathique à toutes les souffrances, sa colère n'éclatait que pour réprimer l'erreur et flétrir le mensonge. Il était surtout impitoyable pour les indignités professionnelles. Sa droite conscience se révoltait contre toutes les injustices. Aussi éprouva-t-il un profond chagrin quand, après avoir fait une étude spéciale de l'anatomie pathologique, la Faculté de médecine, dont il était agrégé, en choisit un autre pour succéder à Cruveilhier qu'il avait longtemps suppléé dans sa chaire. Mais il avait vieilli et l'histo-

logie microscopique était devenue à la mode ; un jeune lui fut préféré.

Autrement, M. Barth eut tous les honneurs et les dignités de sa profession. Médecin de l'Hôtel-Dieu, président de l'Académie de médecine et de l'Association des médecins de la Seine, bienfaiteur constant de l'Association générale des médecins de France, membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc., il eut par-dessus tout, et ce qu'il estimait le plus, la considération, la vénération de tout le corps médical.

Les nombreux travaux de sa jeunesse transmettront d'ailleurs sa mémoire à la postérité. Son travail sur la bronchiectasie ou dilatation des bronches suffirait à cet effet si le traité classique d'auscultation et de percussion, avec son ami Roger, n'était là pour la rappeler aux nouvelles générations médicales.

Basham, *William*, célèbre médecin anglais qui, après Bright, dont il fut l'émule et le successeur, eut la plus grande part à l'élucidation et la vulgarisation des maladies des reins, par son enseignement et la publication de plusieurs ouvrages sur ce sujet de 1858 à 1872, est mort à un âge avancé, à la fin de l'année. Il était le doyen des médecins de l'hôpital de Westminster et professeur à l'École de ce nom ; membre et examinateur au collége des médecins de Londres. Son nom reste donc associé à celui de Bright.

Blondlot, l'un des chimistes français les plus distingués, a succombé à Nancy. Docteur en médecine, il se consacra spécialement à l'étude de la chimie, surtout au point de vue médico-légal et toxicologique. Son œuvre est immense à cet égard. Après de nombreux travaux et d'importantes découvertes, il fut appelé à professer à la Faculté des sciences, puis à celle de médecine à laquelle ses travaux le rattachaient particulièrement. Il restera une des illustrations scientifiques de la Lorraine.

Bouchet, *Édouard*, doyen des médecins de l'hôtel-Dieu de Lyon, ancien médecin des épidémies et membre de la Société de médecine locale, est mort à un âge avancé, au

mois de février, en léguant sa fortune aux hospices. Il a donné sa bibliothèque en particulier au corps de l'internat, avec une rente annuelle de 1000 francs pour son entretien et son accroissement, 500 francs pour les appointements du bibliothécaire et une somme de 600 pour deux prix à distribuer annuellement aux internes qui présenteront les meilleurs travaux. A tous ces titres, le souvenir de cet homme de bien mérite d'être conservé parmi les générations futures.

Bouvier, *Sauveur-Henri-Victor*, l'orthopédiste honorable et distingué, est mort accidentellement, le 22 novembre, âgé de 78 ans. Devenu presque aveugle, il se promenait aux Tuileries lorsque, par le défaut d'attention de son guide, il tomba dans le grand bassin. Quoique retiré immédiatement, une congestion pulmonaire amena bientôt la mort. Lauréat de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, ancien chirurgien des hôpitaux, M. Bouvier s'est surtout distingué par ses travaux sur les déviations et sa rigidité professionnelle.

Buckingham, *Charles*, professeur d'obstétrique et de jurisprudence médicale au collége Harvard de Boston, a succombé dans cette ville, le 19 février, à 56 ans, d'une affection organique du cœur. Sans autre avantage que son savoir, son habileté et son honorabilité, il parvint de bonne heure à une haute position et fut élu successivement médecin consultant de l'hôpital et professeur à la Faculté. Il fut l'un des plus chauds avocats pour élever le niveau de l'instruction médicale et devint un des collaborateurs du *Boston medical and surgical journal*. Des funérailles pompeuses lui ont été faites en signe de deuil public.

Conneau, *Henri*, l'exemple du dévouement médical à une famille souveraine, a succombé en Corse, où il s'était retiré, à l'âge de 74 ans. Secrétaire du roi Louis Bonaparte en Hollande, il entoura ensuite la reine Hortense des soins les plus pieux pendant son exil et jusqu'à sa mort. Restait le fils qu'il sauva de l'emprisonnement perpétuel, en lui procurant un déguisement et en se mettant à sa place. Il fut ainsi cause de son élévation à l'empire et des malheurs de la

France. Nommé médecin en chef de l'empereur, il en exerça les fonctions avec modestie et sans ostentation. Au lieu de présider l'Académie de médecine dont il avait le droit à ce titre, il se contenta de l'élection directe d'associé libre de ce corps savant. Tour à tour député, sénateur, grand-croix de la Légion d'honneur, il perdit tous ces honneurs avec l'homme qui les lui avait donnés. Son plus beau titre fut celui de dispensateur de ses charités.

Coulson, *William*, le plus célèbre lithotomiste anglais après Aston Key et qui hérita de sa grande clientèle à Londres, a succombé, le 16 mai, à 76 ans, après une carrière des plus actives et des mieux remplies. Son séjour en France et en Allemagne l'ayant familiarisé de bonne heure avec les langues étrangères, il les utilisa au service de son pays. L'un des premiers, en 1823, il publia des observations cliniques dans la *Lancet* et fut ensuite chargé d'y rendre compte de la littérature médicale étrangère. Des nombreux ouvrages qu'il a traduits et publiés, celui des *Maladies de la vessie et de la prostate* qui eut jusqu'à cinq éditions et sa *Lithotomie et lithotritie*, traduit en français en 1871, méritent surtout d'être rappelés. Aucun chirurgien ne fut plus heureux que lui dans sa spécialité. Élu chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie lors de sa fondation en 1852, il en mourut le doyen, après y avoir rendu les plus grands services.

Crosby, *Alphens Benning*, fils du professeur de ce nom au collége de Darmouth où il lui succéda, a succombé subitement, le 9 août, âgé seulement de 45 ans. Après s'être distingué comme chirurgien pendant la guerre de sécession, il fut appelé successivement à professer la chirurgie dans les Universités du Vermont, du Michigan, lorsqu'il fut élu professeur d'anatomie au collége de Bellevue à New-York en 1872 et chirurgien de cet hôpital en 1876. La suractivité de sa vie professionnelle, provoquée par ce changement de lieu à un pareil âge, lui fut fatale, selon le docteur Peaslee. S'imposant des conférences populaires et des discours publics en dehors de ses leçons et de ses visites, il était sans cesse surexcité et ne goûtait que quatre à cinq heures de sommeil. Celui-ci se troubla bientôt et, quand il s'en aperçut, on trouva du sucre dans les urines. Trois jours après, il mourut subitement. Avis à ceux qui se surmènent.

Dolbeau, *Henri-Ferdinand*, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, président de la Société de chirurgie en 1870, membre de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, a succombé, le 10 mars, à 46 ans, d'une affection cérébrale. Si jeune encore, ce chirurgien distingué fut comblé de tout le bonheur et le malheur que l'on peut éprouver. Après avoir obtenu successivement et avec distinction tous les grades scolaires, alors qu'il était déjà chirurgien des hôpitaux et agrégé de la Faculté par concours, il est nommé professeur avant 40 ans. La clientèle, la renommée répondaient aussi à son ambition, lorsqu'il est frappé d'une gangrène pulmonaire qui fait désespérer de sa vie. Toutes les espérances étaient évanouies; l'empyème ou plutôt la thoracocentèse le sauve. Aussitôt rétabli, il reprend le cours de ses triomphes. Il est élu à l'Académie de médecine et sa clientèle augmente au point qu'il paraît devoir succéder à son maître Nélaton, par ses qualités professorales et opératoires. Son *Traité de la pierre* et la modification qu'il fit subir à la taille bilatérale, la vulgarisation de la lithotritie périnéale par dilatation, le rendaient le successeur naturel de son autre maître Civiale. Bref, Dolbeau se désignait comme le grand chirurgien de l'avenir, le plus autorisé par sa position officielle, sa prudence, son habileté, sa dignité professionnelle. Il se préparait à ce grand rôle de prince de la chirurgie française en faisant élever un hôtel, lorsque la polysarcie s'empara de lui. Son embonpoint croissait à vue d'œil, et, en deux à trois ans, il était monstrueux. Il ne voulut pas quitter sa grande position et en fut ainsi victime.

Eve, *Paul*, médecin américain bien connu par ses voyages et ses stations ici et là, est mort à Nashville, le 3 novembre, à 71 ans. Il traversa jusqu'à quatorze fois l'Atlantique dans un but professionnel. Dès 1831, il figurait comme chirurgien dans la guerre de Pologne. Après avoir étudié, dans diverses Écoles européennes, il fut appelé comme professeur de chirurgie dans quatre Universités du Sud des États Unis où il professa successivement. Il refusa la même chaire à New-York et Philadelphie. Il servit comme chirurgien dans l'armée confédérée. En 1857, il présida l'Association médicale

américaine. Ses succès comme lithotomiste étaient surtout remarquables.

Fergusson, *William*, le plus grand chirurgien pratique anglais de ce siècle, a cessé de vivre, le 10 février, à 69 ans, emporté par la maladie de Bright. C'est une grande perte pour la chirurgie qu'il illustrait de son nom et de son extrême habileté.

Né en Écosse où il fit toutes ses études, le futur chirurgien se révéla tout jeune par son amour de la mécanique à Knox, le plus célèbre anatomiste du commencement de ce siècle. Une très-belle dissection des artères du pied suffit à en faire l'un de ses élèves préférés et à décider de sa future carrière.

Il était déjà chirurgien de la *royal infirmary* d'Edimbourg lorsque ses grandes qualités d'avenir le firent appeler à Londres même, dans la chaire de chirurgie du collége du roi, c'est-à-dire dans cette école qui portait le sceptre de la chirurgie anglaise, par le nombre de ses professeurs, quoique Liston n'y fût pas. C'était en 1840; Fergusson avait donc 32 ans. Inspiré de l'esprit qui avait animé Liston et Syme pour réformer la chirurgie en la rendant conservatrice, il s'appliqua surtout à n'enlever ni réséquer que les parties malades. Il donna tout d'abord son attention à la grande découverte française, la lithotritie, en grande vogue à ce moment. Puis, vinrent successivement les résections du coude, du maxillaire supérieur, du genou, du col du fémur, de l'épaule et la staphylorrhaphie qu'il perfectionna surtout. Toutes ces créations ou perfectionnements sont consignés dans son système de chirurgie pratique.

Toutes ces délicates opérations, pratiquées avec habileté et succès dans l'amphithéâtre, ne tardèrent pas à placer M. Fergusson au premier rang des chirurgiens anglais, d'autant plus que Liston et Syme avaient disparu. La grande clientèle et les honneurs lui vinrent par surcroît. Il fut ainsi nommé membre, puis président du collége de chirurgiens, premier chirurgien de la reine et créé baronnet ensuite. C'était le comble de ce qu'il pouvait obtenir.

Fergusson fut surtout un grand et brillant opérateur. Son sang-froid imperturbable le fit triompher des plus grands événements opératoires. Comme professeur, au contraire, il

laissait à désirer. Il n'était pas orateur. On ne peut donc le comparer à Dupuytren, ni à Velpeau, ni même à Nélaton : Jobert s'en rapprochait davantage.

Gigon, *Claude*, médecin des hôpitaux et hospices civils d'Angoulême, a subitement succombé, le 13 septembre, alors que le président allait lui remettre la croix de la Légion d'honneur, justement méritée depuis longtemps par ses services publics et privés. Observateur perspicace et praticien distingué, il exerça pendant quarante ans dans sa ville natale, où il remplit successivement la fonction de médecin du lycée et des prisons. Tous les honneurs locaux lui furent décernés comme au médecin le plus distingué de la ville. Il laisse plusieurs travaux dans la littérature médicale qui témoignent de ses connaissances et de son observation.

Gintrac, *Élie*, l'éminent médecin de Bordeaux dont la réputation s'étendait jusqu'à Paris, a cessé de vivre à la fin de l'année, âgé de 87 ans. Né dans cette ville, il fit mentir le proverbe en y vivant entouré de considération, chargé d'emplois et d'honneurs. Professeur à l'École de médecine, il en fut ensuite le directeur pendant de longues années et contribua par ses succès à son érection récente en Faculté. L'un des derniers survivants de la forte génération médicale de 1830, qui a tant illustré la France par son enseignement, il fut le plus célèbre en province. L'Institut et l'Académie de médecine se l'étaient associé et l'on allait le consulter de tous les points de la France. Il laisse malheureusement inachevé son grand ouvrage de pathologie interne, mine féconde de faits puisés aux sources du monde entier, mais que son fils, qui lui succède, achèvera.

Godelier, médecin principal de première classe, clinicien des plus distingués, officier de la Légion d'honneur, a succombé à 65 ans seulement, après trois ans de retraite. Professeur de clinique médicale au Val de Grâce de 1852 à 1874, il s'est autant distingué par son enseignement précis que par ses travaux qui restent les témoins de ses connaissances et de son esprit pratique. On lira notamment avec fruit son mémoire, couronné en 1844 par le Conseil de santé des armées, sur les causes de la phthisie pulmonaire parmi les

soldats et sa distinction du typhus et de la fièvre typhoïde faite après son retour de Crimée. Savant modeste et indépendant, il méritait d'être mieux récompensé de ses services.

Kerkaradec (*Lejumeau de*), dont le nom est devenu célèbre par sa découverte du souffle placentaire ou puerpéral, contenu dans son mémoire sur l'auscultation appliquée à la grossesse, a succombé à 88 ans. Breton d'origine, compatriote de Laennec, il partageait les doctrines catholiques de son pays et consacra ainsi un long mémoire sur le devoir professionnel de pratiquer l'opération césarienne, après la mort de la femme enceinte, pour administrer le baptême à l'enfant.

Larghi, *Bernardino*, célèbre chirurgien de l'hôpital de Verceil, a terminé sa glorieuse carrière, au mois de février, à un âge encore peu avancé. Observateur sagace et attentif autant que chirurgien habile, il sut par ses travaux se faire, du fond d'un modeste hôpital de province, un grand nom dans toute l'Italie et acquérir une réputation européenne. Son nom est surtout attaché à la pratique des opérations sous-périostées qu'il tenta le premier. M. Ollier et d'autres s'illustrèrent en suivant la voie qu'il indiqua. Plusieurs modifications opératoires, relatées dans sa *Clinica chirurgica*, lui sont dues, notamment dans les maladies articulaires, les hernies, etc.

Lélut, médecin célèbre en son temps, par les titres fantasques et originaux de ses ouvrages : comme l'Histoire de la phrénologie, le Démon de Socrate, l'Amulette de Pascal, la Physiologie de la pensée, a cessé de vivre ainsi que ses ouvrages qui n'ont eu qu'une vogue momentanée. Mêlé de bonne heure à la politique, il fut élu à l'Assemblée constituante de 1848, pour s'atteler ensuite au char de l'usurpateur qui devait mener la France à sa perte. Comme médecin, il n'en eut guère que le titre. Médecin des aliénés sans concours, il se fit ouvrir de même les portes de l'Académie des sciences morales et politiques et de l'Académie de médecine dans ce temps, où, tout-puissant, les honneurs venaient s'offrir à lui sans peine. Comme toutes les réputations usurpées, la sienne est déjà oubliée.

Morice, *Albert*, jeune médecin naturaliste de la plus grande espérance, est mort victime de son zèle pour la science, le 19 octobre, à 29 ans. Entré dans la marine en 1871, pour satisfaire ses goûts de naturaliste, il recueillit en Cochinchine des matériaux scientifiques de tout genre dont il fit profiter les sociétés savantes et les musées, celui de Lyon en particulier. Sa thèse sur la *Dengue* fut couronnée par la Faculté de médecine de Paris, et les sociétés de géographie, d'anthropologie, d'ethnographie, de météorologie, d'acclimatation, de biologie, se l'associaient à une première audition. Il repartit en Cochinchine pour y continuer ses études et l'excès de travail lui fit contracter une affection pulmonaire dont il mourut sur un lit d'hôpital à Toulon.

Munaret, *Jean-Marie-Placide*, l'auteur si sympathique et apprécié du *Médecin des villes et des campagnes* paru en 1837, a été frappé d'apoplexie foudroyante, le 1er novembre, âgé de 73 ans. Retiré depuis longtemps à Briais, près de Lyon, il ne cessa de se consacrer avec dévouement à la pratique rurale, à la fondation d'œuvres utiles et surtout à écrire et à collectionner livres et gravures rares. Son style fin, spirituel, animé, ému et gai à la fois, faisait les délices des journaux et de leurs lecteurs. Par leur indépendance et leur sincérité, ses causeries se distinguent de toutes celles des autres journalistes de la presse médicale.

Parry, *William*, inspecteur général honoraire des hôpitaux anglais, a terminé sa longue carrière, le 19 juin, à 87 ans. Il débuta en 1813, lorsqu'il allait rejoindre l'armée anglaise en Espagne, par être pris sur la côte des Landes et jeté en prison. Il s'en dédommagea bientôt en assistant l'année suivante à la bataille de Toulouse.

Pigeaux, bien connu par ses travaux sur les maladies du cœur, est mort, le 14 juillet, à l'âge de 70 ans. Après sa théorie sur la révolution cardiaque et le siége des battements, exposés dans sa thèse soutenue à Paris en 1832, il l'appuya dans un double traité des maladies du cœur et des vaisseaux. Tout le bruit qui se fit alors sur son nom s'est bien apaisé depuis l'invention du sphygmographe.

Roux, *Jules*, le chirurgien si distingué de la marine fran-

çaise, inspecteur général en retraite, a succombé à Toulon dans le courant de novembre, âgé de 70 ans. Ses nombreux travaux sur l'ostéo-myélite, les fractures notamment, assurent à sa mémoire une place distinguée dans les annales de la chirurgie.

Valette, *Dominique-Auguste*, le célèbre chirurgien lyonnais qui suivait si bien les saines traditions de l'École de Pouteau, de Bonnet, a cessé de vivre, le 17 décembre 1876, âgé seulement de 56 ans, en pleine activité professionnelle. Une albuminurie latente, aggravée subitement par un refroidissement, a déterminé un empoisonnement urémique qui l'a rapidement mis à mort.

Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine et chirurgien de l'hôtel-Dieu de Lyon, M. Valette avait obtenu toutes ses places au concours et ne les devait qu'à son travail, son savoir et son mérite. Il ne quitta jamais Lyon où il était né. Élu chirurgien-major de la Charité en 1847, il ne quitta plus sa ville natale, où il obtint successivement tous les honneurs et les succès.

M. Valette a beaucoup travaillé et beaucoup écrit. Sa *Clinique chirurgicale* résume en grande partie ses travaux épars dans les journaux et les dictionnaires (Voy. *année* 1875) et donne une assez juste idée de sa valeur chirurgicale et de son esprit pratique. C'était un honnête homme et un excellent confrère.

Vernois, *Ange-Gabriel-Maxime*, médecin de l'hôtel-Dieu et officier de la Légion d'honneur, a succombé le 9 février à 68 ans. L'étude de l'hygiène, à laquelle il se consacra particulièrement, lui valut l'honneur d'entrer de bonne heure dans le conseil de la Seine et son traité pratique d'hygiène industrielle et administrative est le témoignage qu'il le méritait. Son dernier rapport sur les lycées de France en est un autre. C'est aussi comme hygiéniste qu'il entra à l'Académie de médecine. Répandu dans le grand monde par son habileté et sa position, il eut une certaine influence durant le second Empire auquel il s'était rallié.

Wilson, *Henry*, l'ophthalmologiste le plus renommé de l'Irlande, a succombé presque subitement, le 13 juin, à une

inflammation viscérale généralisée qui l'a tué au printemps de la vie. Il n'avait que 40 ans. Chirurgien oculiste de l'hôpital Saint-Marc, examinateur en ophthalmologie à l'Université de Dublin et professeur en cette spécialité au collége royal des chirurgiens, il avait aussi la plus grande renommée comme praticien et gagnait jusqu'à cent mille francs chaque année. Il ne laisse que ses leçons sur la spécialité qu'il avait embrassée avec tant de succès.

Wunderlich, professeur de clinique médicale à Leipzig, qui s'est illustré en systématisant l'exploration thermométrique, au point d'en faire le signe pathognomonique de la fièvre typhoïde, a succombé à un âge peu avancé, le 25 septembre, à une affection tuberculeuse chronique dont il souffrait depuis cinq ans. Il fut un des premiers réformateurs de la médecine allemande et lui imprima ce caractère positif qu'elle a aujourd'hui. Son programme en fut tracé dès 1842 dans la préface de l'*Archiv für physiologische heilkunde*. Il ne cessa d'y contribuer depuis par de nombreux travaux et surtout son traité de pathologie. Reste à savoir si elle lui survivra longtemps.

NÉPHRITE. *Danger des médicaments actifs*. L'élimination élective de beaucoup de médicaments actifs par les urines a permis de remarquer, il y a longtemps, que les reins malades étaient imperméables aux substances odorantes, comme la térébenthine et l'asparagine, qui donnent une odeur si pénétrante à l'urine qui en est imprégnée. Les altérations des reins chez les albuminuriques ont bientôt permis de reconnaître que l'opium et le mercure n'étaient pas éliminés chez eux et que ces médicaments deviennent rapidement toxiques dans ce cas, même à petite dose. L'albuminurie s'observe ainsi dans le morphinisme, c'est-à-dire après l'abus des injections de morphine, comme le docteur Levinstein l'a constaté. Les alcaloïdes s'éliminent aussi plus lentement et en moindre quantité quand les urines sont albumineuses. Le sulfate de quinine, d'après M. Gubler, est éliminé dans une proportion de un tiers à trois quarts de la masse absorbée quand les reins sont sains.

En poursuivant ces recherches, M. Chauvet a constaté que chez des vieillards atteints de néphrite interstitielle ou de

sclérose rénale, la proportion de cet alcaloïde s'abaissait à un 10e, un 20e et jusqu'à un 50e seulement de la masse absorbée.

Quant au bromure de potassium dont l'élimination, d'après M. Bouchard, est complète après le vingtième jour, quand les reins sont sains, elle a persisté jusqu'au 35e chez deux albuminuriques.

Mêmes résultats pour l'iodure. Toute trace d'élimination cesse au bout de trois jours chez un homme sain, après l'ingestion de 2 grammes, tandis qu'elle a persisté pendant 5,7 et jusqu'à 12 jours chez des albuminuriques.

Le salicylate de soude, qui passe si rapidement dans les urines et dont 8 grammes ne laissent plus de trace 65 heures après son absorption, a persisté durant 5 et 6 jours lorsqu'il y avait lésion rénale. Une seule injection sous-cutanée de deux centigrammes de nitrate de pilocarpine, faite par M. Dujardin Beaumetz pour provoquer la sudation et la salivation chez un malade atteint de néphrite albumineuse, aggrava son état, au lieu de l'améliorer, et détermina rapidement la mort. (*Union méd.* n° 100.)

C'est donc là un réactif précieux pour juger de l'état des reins et un avertissement pour ne pas donner de médicaments actifs quand ils sont malades. (*Du danger des médicaments actifs dans le cas de lésions rénales*, thèse inaug. Paris, 1877.)

NERFS. *Contusion.* Elle entraîne immédiatement l'abaissement de la température et la paralysie au-dessous, tandis que c'est le contraire dans la section complète ou incomplète. Ce signe différentiel peut donc servir utilement au diagnostic et au pronostic de ces lésions. Voy. PARALYSIES PAR CONTUSION.

Dénudation. D'après deux observations de dénudation du nerf facial et du poplité externe à la suite de l'extirpation de tumeurs, M. Nepveu a vu ces nerfs se couvrir de bourgeons charnus et conserver leurs propriétés sans atrophie consécutive. M. Duplay ayant mis le nerf cubital à nu, dans l'étendue de deux centimètres, pour l'enlèvement d'une tumeur du coude, les fonctions de ce nerf ne furent nullement altérées. Cette dénudation est donc sans danger. (*Soc. de chir.* mars.)

L'étirement ou la distension des troncs nerveux comprimés et leur succès dans les névralgies, les névrômes, les cicatrices vicieuses, est une preuve évidente que leur dénudation ne constitue pas un accident dangereux. Dans un cas de tétanos, le professeur Vogt ne craignit pas de mettre à nu les racines du plexus brachial dans le triangle sus-claviculaire droit. Il en débrida même le névrilème jusque vers les vertèbres et la guérison eut lieu. Voy. NÉVRALGIES.

M. Blum pratiqua cette distension tour à tour sur le radial et le médian, sans y voir aucune lésion apparente, en les isolant avec soin ; puis les souleva, sur le dos d'une sonde cannelée, par un mouvement de va-et-vient d'un bout à l'autre de la plaie qu'il répéta une dizaine de fois comme on le verra plus loin. Dès une heure après, la sensibilité commençait à reparaître dans les parties anesthésiées, et la paralysie des doigts et des muscles disparut graduellement ensuite. D'où il conclut que l'élongation des nerfs est une opération sans gravité et peut rendre la sensibilité et même la motilité aux parties qui en sont privées par une lésion traumatique de ces nerfs. (*Soc. de chir.* octobre.)

Blessures du nerf médian. Depuis que M. Richelot fils a démontré la nouvelle distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts (Voy. *année* 1874), bien des faits cliniques sont venus en démontrer l'exactitude. Les auteurs classiques enseignaient jusqu'alors que le nerf radial et le nerf cubital fournissaient les collatéraux dorsaux des doigts en se les partageant par moitié, le premier innervant le pouce, l'index et la moitié externe du médius, le second occupant l'autre moitié de ce doigt, l'annulaire et le petit doigt. En réalité, le radial ne fournit que des collatéraux dorsaux au pouce et le cubital à l'auriculaire ; les trois autres doigts sont innervés par le palmaire qui vient du médian sur l'index, le médius et la moitié externe de l'annulaire et du cubital sur la moitié interne de ce dernier. Ce rameau innerve la face dorsale des deux dernières phalanges et ne laisse aux filets terminaux du radial et du cubital que la face dorsale de la phalangette.

Cette distribution éclaire et explique les suppléances nerveuses et la sensibilité collatérale dans les sections et les blessures nerveuses du membre supérieur. La zone d'anesthésie,

dans un cas de section du médian, s'est ainsi trouvée conforme aux données de l'anatomie descriptive. (*Arch. de physiologie*, 1875). Dans un autre fait, recueilli par MM. Reclus et Fourestié, la section du médian amena l'insensibilité de la face dorsale de l'index, du médius et de l'annulaire, sans porter atteinte à celle du pouce et du petit doigt. (*Union méd.* 22 janvier 1876.) Deux faits de paralysie traumatique de ce nerf, rapportés par Bernhardt, établissent de même cette distribution, ainsi que la résection d'un névrôme de ce nerf par M. Notta. (Voy. *année* 1876). Dans une plaie contuse de ce nerf, M. Duret a constaté aussi des troubles trophiques aux extrémités des doigts : c'est-à-dire l'insensibilité avec eschares de la peau du dos de la phalangette et de la phalangine de l'index et du médius. Il y a donc concordance parfaite entre la clinique et l'anatomie.

Enfin un dernier cas s'ajoute aux précédents. Un garçon se fait une plaie dans l'interligne articulaire du poignet gauche en cassant un verre de lampe. Les mouvements des doigts sont impossibles pendant trois à quatre jours, puis se rétablissent avec la cicatrisation. Mais l'adhérence de la cicatrice détermine bientôt des phlyctènes sur la face dorsale de la deuxième phalange du médius, puis sur la première, sur la face palmaire de la deuxième phalange du pouce, de la troisième de l'index, puis la deuxième, ainsi que celle du médius, et enfin sur la face dorsale de la troisième phalange de l'index. Malgré les plaies vives en résultant, la pression sur les surfaces est absolument indolente et n'éveille aucune sensibilité. Il y avait anesthésie complète, même à la piqûre avec une épingle, des faces palmaire et dorsale des parties innervées par le médian, comme dans les faits précédents. (*Soc. de méd. pratique*, 25 juillet.)

L'observation du docteur Blum et ses résultats sont encore plus démonstratifs. Un cuisinier, en tombant, s'enfonce un couteau pointu et tranchant dans la partie supérieure de l'avant-bras droit. Vive douleur immédiate dans le pouce et l'index. Tuméfaction consécutive et abolition de la sensibilité sur la moitié externe de la main.

La plaie cicatrisée ne permettant pas au blessé de reprendre son travail, il entre à l'Hôtel-Dieu deux mois après. On constate une cicatrice oblique de haut en bas et de dedans en dehors, longue de 3 centimètres et demi, dont l'extré-

mité interne, à 2 centimètres du pli du coude, est sur le trajet du médian, et l'externe sur celui du radial. Elle est très-sensible au contact. Coloration intense de la peau; main rouge, luisante, comme marbrée à la face dorsale; atrophie musculaire; impressionnabilité au froid. Le poignet s'étend mal sur l'avant-bras, comme les phalanges sur les métacarpiens, sauf les deux dernières. Douleurs lancinantes dans l'avant-bras et surtout aux extrémités de la cicatrice avec anesthésie dans la partie inféro-postérieure de l'avant-bras, à la face dorsale du pouce, de l'index et la moitié externe du médian.

L'application de sangsues et de courants induits sur le trajet du radial n'arrêtant pas l'impotence fonctionnelle, M. Blum se décide à mettre ce nerf à nu, au niveau de la cicatrice, dans une longueur de cinq centimètres. Sans découvrir aucune lésion apparente, il isole les deux branches, profonde et superficielle, les charge sur le dos de la sonde cannelée et les soulève ainsi par un mouvement de va-et-vient, répété une dizaine de fois, pour les étirer. La même opération est faite sur le médian, et, une heure après le pansement, l'opéré accusait le retour de la sensibilité au toucher des parties anesthésiées. Elle revint ainsi graduellement dans les doigts paralysés, de même que la flexion du poignet. (*Soc. de chir.* 21 octobre.)

NÉVRALGIES. La distension, l'étirement des nerfs, en remplacement de leur section, compte encore de nouveaux succès. C'est dans les cas de blessures sur leur trajet, alors que des douleurs violentes persistent, que cette opération nouvelle a réussi. Une femme se blesse à la région interne de l'avant-bras en tombant sur un instrument tranchant. Les mouvements des 4e et 5e doigts restent bornés après la cicatrisation, avec sensibilité excessive d'un point déterminé. On croit à la présence d'un corps étranger que le docteur Vogt recherche par une incision, un an après l'accident. Le nerf cubital est mis à nu, séparé du tissu cicatriciel dans lequel il est plongé; un élévatoire est glissé dessous et la distension, l'étirement en est pratiqué. En quatre semaines, toutes les douleurs avaient cessé avec rétablissement des mouvements qui se sont maintenus depuis. (*Deutsch zeitsch. f. chir.* juillet 1876.)

Un succès plus étonnant encore est relaté par le même professeur dans un cas de tétanos traumatique chez un maçon de 63 ans, dont la main droite avait été déchirée par la chute d'une pierre. La cicatrisation marchait régulièrement quand, le quinzième jour, apparaissent les prodrômes d'un tétanos que l'opium à haute dose et les bains locaux ne parviennent pas à enrayer. Le malade allait succomber dans le trismus et l'opisthotonos, lorsque la pression sur le plexus brachial détermina de vives douleurs et des convulsions cloniques.

Dès lors, les plaies de la main furent débridées et une incision, pratiquée le long du bord externe du trapèze, mit à nu les racines du plexus brachial dans le triangle du scalène et l'omohyoïdien. Un crochet mousse passé dessous le souleva et le doigt, le remplaçant, le tirailla énergiquement sur ses deux extrémités. Le névrilème paraissant congestionné fut débridé jusque contre les vertèbres.

En se réveillant, le malade sortit la langue; le tétanos était vaincu; guérison complète le dixième jour, sans complication ultérieure. (*Centralblatt. f. chir.*)

Un forgeron est atteint violemment à la partie interne et supérieure de la jambe gauche par un morceau d'acier. Une plaie de sept centimètres de profondeur en résulte qui guérit rapidement, mais des douleurs violentes se déclarent au niveau de la blessure et condamnent le membre à l'immobilité.

Le docteur Petersen incise sur le point douloureux pour y chercher le corps étranger. Il trouve, au contraire, une sensibilité exagérée du nerf tibial postérieur avec du sang extravasé dans sa gaîne. Il l'isole, glisse un crochet mousse dessous et l'étire par la distension du bout central avec le bout périphérique. Les douleurs diminuèrent aussitôt, et, vingt jours après, l'opéré se remettait au travail. (*Idem*, n° 49, 1876, et *Die nerven dehnung als operation in der chirurgischen praxis, Leipzig.*)

Quelle que soit la modification inexpliquée jusqu'ici, qui est imprimée au filet nerveux par cet étirement, ces résultats efficaces doivent y faire recourir de préférence à la névrotomie. M. Chiene rapporte ainsi deux guérisons de sciatique par l'étirement de ce nerf sous le nuage phéniqué. (*Practitionner*, juin.)

Injections hypodermiques de morphine et d'atropine. Dans un cas de sciatique et un autre de névralgie intercostale dont les douleurs intolérables ne pouvaient être calmées par les injections morphinées, le docteur Lagoda employa une solution d'un 12e de grain de morphine avec un 50e de grain d'atropine. Les douleurs furent promptement calmées, sans aucun des phénomènes consécutifs à l'emploi séparé de ces deux antagonistes. Serait-ce que leur neutralisation a donné le résultat de l'injection de l'eau simple contre la douleur? (*Saint-Petersbourg med. Wochens.*)

Salicylate de soude. Par ses effets sédatifs, analgésiants, il convient, d'après M. Sée, dans les névralgies de nature rhumatismale, notamment la sciatique. La guérison fut ainsi complète en quelques jours dans deux cas de sciatique ancienne, mais l'insuccès fut aussi complet dans deux autres. Il s'agissait de névrites chroniques qui avaient résisté à toutes les médications.

De même, dans la névralgie faciale, un malade, atteint d'un tic douloureux de la face depuis dix ans et qui passait chaque année plusieurs mois à l'Hôtel-Dieu pour ce fait, était surtout soulagé par le sulfate de quinine et le bromure. M. Sée lui administra 10 grammes de salicylate pendant une crise des plus douloureuses. Il en fut débarrassé en vingt-quatre heures. Ayant cessé le troisième jour, une rechute survint aussitôt et il réclama de nouveau le médicament. Il fut guéri en 48 heures. Après quinze jours, il quittait l'hôpital, n'ayant eu cette fois que trois jours de souffrances.

Deux malades ont été guéries d'une céphalée persistante par l'usage de 4 à 6 grammes de ce sel pendant dix jours. Il peut être également favorable dans quelques cas de migraine. (*Acad. de méd.* juin.)

Considérations pratiques sur le traitement des névralgies, par le docteur P. Foissac, médecin en chef de la Maison d'éducation de la Légion d'honneur, lauréat de l'Institut, officier de la Légion d'honneur, etc. Paris.

Névralgies faciales. *Cyanure de zinc.* Encouragé par les succès obtenus de ce sel dans le rhumatisme articulaire aigu, M. Luton l'a administré dans deux cas de névralgie avec

accidents cérébraux. Le premier était un jeune homme atteint d'une sciatique qui fut pris subitement d'une attaque de névralgie trifaciale, avec fièvre et délire. Le second était une jeune fille qui, dans le cours d'une récidive de rhumatisme articulaire aigu, fut atteinte de névralgie faciale avec accidents cérébraux simulant un rhumatisme cérébral. La guérison fut rapide, dans les deux cas, après l'usage de la potion suivante :

℞ Cyanure de zinc.................	20	centigrammes.
Eau distillée de laurier-cerise.....	25	grammes.
Potion gommeuse.................	100	—

Mêlez et agitez à chaque cuillerée à prendre d'heure en heure.

(*Bull. de thérap.*, 15 février.)

Névralgie sous-orbitaire. *Résection du nerf dans le fond de l'orbite.* M. Tillaux a exécuté cette délicate et difficile opération avec succès chez une femme de 31 ans. Les premières douleurs remontaient à onze ans. Mais l'extraction de la dent molaire gauche et l'ouverture du sinus maxillaire, suivie d'injections iodées, les firent disparaître. Une récidive, survenue en 1873, fit recourir au même moyen avec un succès passager. Les douleurs revinrent en 1875 et persistaient malgré les cautérisations les plus énergiques du sinus. Il fallait donc recourir au moyen radical.

Le 7 mai, la malade étant endormie, une incision horizontale dans le pli de la paupière inférieure et une verticale suivant le pli naso-génien mirent le nerf à nu à sa sortie du trou sous-orbitaire. Les branches en furent disséquées et fixées solidement à un fil. Après le décollement du périoste orbitaire, le globe de l'œil est soulevé avec une cuiller à café, et, le nerf étant visible, il suffit d'enlever l'écaille osseuse qui le recouvrait avec la gouge et le maillet, le saisir avec une pince en isolant l'artère et le couper. En tirant sur le fil on en amena six centimètres de long. Il était un peu hypertrophié, sans autre lésion appréciable au microscope.

L'exploration consécutive du sinus maxillaire, en défonçant la paroi antérieure, montra des ostéophites implantées en haut et qui furent retirées.

L'opérée est sortie guérie, et il est permis d'espérer que ce sera définitivement, puisqu'il ne reste rien de l'extrémité périphérique du nerf douloureux. C'est la première fois qu'il a été excisé aussi complétement. (*Soc. de chir.* juin.)

NÉVRITE HYPERPLASIQUE. V. Paralysies.

NÉVROPATHIE URÉTHRALE. Le docteur Brou désigne, sous ce titre, les symptômes nerveux vagues et désordonnés, accusés par les blennorrhagiens après que tout écoulement a cessé. Telles sont la lassitude dans les lombes, pesanteur dans la région hypogastrique, sensations pénibles et bizarres dans l'urèthre, miction anormale, extension du malaise aux organes digestifs, sentiment de plénitude dans tout le bassin, etc., etc.; tous symptômes qui ne se trouvent guère réunis sur le même individu, mais que nous avons tous constatés isolés ou associés. Au lieu des médications variées que l'on peut être tenté de mettre en usage, l'auteur recommande vivement l'emploi de la *sonde* comme étant d'une efficacité quasi absolue. Son mode de faire est bien simple ; il introduit, tous les deux jours, une bougie molle d'un petit volume, qu'il grossit ensuite progressivement, et il la laisse une à deux minutes en place. Au bout de fort peu de temps, ce moyen vient à bout des névropathies les plus rebelles et il n'est pas rare de voir disparaître, comme par enchantement, des souffrances qu'on avait cru, dans le principe, incurables. (*Soc. des sc. méd. de Lyon.*)

NOURRISSONS. Depuis le 23 décembre 1874 que la loi sur la protection des enfants du premier âge a été promulguée, on attendait en vain le règlement d'administration publique qui pouvait seul en permettre la mise en vigueur. Malgré l'intérêt de premier ordre qui s'attachait à l'exécution de cette loi et les démarches répétées, les sollicitations pressantes faites en sa faveur, la publication de ce document indispensable était toujours remise de semaine en semaine, de mois en mois, et d'année en année. Tous les ministres de l'intérieur n'étaient pas favorables à cette loi, paraît-il, et il semblait qu'après son élaboration et sa discussion laborieuse à l'Assemblée nationale, elle allait échouer devant cette force d'inertie, lorsqu'un décret, paru au *Journal officiel* le 28 février, a mis enfin ce règlement au jour. Ce n'a pas été sans peine, comme on voit; le travail a été des plus laborieux. Voyons s'il justifie le long temps mis à le parfaire.

Il s'agit, on le sait, de la surveillance des enfants au-dessous de deux ans, placés moyennant salaire en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de leurs parents. Placée sous l'autorité du préfet, assisté du comité départemental, cette surveillance sera exercée localement par les commissions et les médecins inspecteurs qu'il nommera, comme la loi le prescrit. Le maire les préside. Deux mères de famille, le curé, le pasteur ou le rabbin en font partie de droit. Ces membres sont chargés de veiller à l'exécution du règlement dont voici les principales règles.

Toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde moyennant salaire, doit en faire la déclaration à l'état civil. Et si l'enfant est envoyé dans une autre commune, copie de cette déclaration est adressée dans les trois jours au maire où l'enfant est conduit. La statistique des nourrissons pourra être dressée ainsi avec plus d'exactitude à l'avenir.

Aucune nourrice ne peut allaiter d'autre enfant que son nourrisson à moins d'une autorisation médicale. Une sevreuse ou gardeuse ne peut se charger que de deux, à moins de l'autorisation de la commission locale ou, à son défaut, du maire.

Aucune femme ne peut se charger d'un enfant sans être munie d'un certificat du maire et du médecin constatant sa capacité pour le nourrir ou l'élever. Elle doit avoir aussi un carnet qui lui sera remis gratuitement pour inscrire les observations du médecin et de la commission en visitant l'enfant.

Toute nourrice doit faire vacciner son nourrisson dans les trois premiers mois qu'il lui est confié. Elle ne peut s'en débarrasser sous aucun prétexte, même temporairement, en le confiant à une autre nourrice, sans l'autorisation du médecin inspecteur. Elle ne peut rendre son enfant aux parents sans en prévenir le maire.

Les sevreuses et gardeuses sont soumises aux mêmes obligations.

Il y a donc des garanties sérieuses pour que ces pauvres enfants ne soient pas changés, perdus, ni détournés, comme on l'a souvent vu.

Le service des médecins inspecteurs ou des médecins requis en leur absence n'est pas moins étroit et compliqué.

Aussi reproduisons-nous littéralement le texte du décret, afin qu'ils méditent bien la portée de leurs obligations avant d'accepter ces fonctions.

Art. 9. — Les médecins inspecteurs, institués conformément à l'article 5 de la loi, sont chargés de visiter les enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde dans leur circonscription.

Art. 10. — Le médecin inspecteur doit se transporter au domicile de la nourrice, sevreuse ou gardeuse, pour y voir l'enfant, dans la huitaine du jour où, en exécution de l'article 24 ci-après, il est prévenu par le maire de l'arrivée de l'enfant dans la commune.

Il doit ensuite visiter l'enfant au moins une fois par mois et à toute réquisition du maire.

Art. 11. — Après chaque visite, le médecin inspecteur vise le carnet délivré à la nourrice, sevreuse ou gardeuse, en exécution de l'article 30 ci-après, et il y inscrit ses observations ; il transmet au maire un bulletin indiquant la date et les résultats de sa visite. Ce bulletin est communiqué à la commission locale.

En cas de décès de l'enfant, il mentionne sur le bulletin la date et les causes du décès.

Art. 12. — Le médecin inspecteur rend compte immédiatement au maire et au préfet des faits qu'il aurait constatés dans ses visites et qui mériteraient leur attention.

Chaque année, il adresse un rapport sur l'état général de sa circonscription au préfet, qui le communique à l'inspecteur départemental du service des enfants assistés et au comité départemental.

Art. 13. — Si le médecin reconnaît, soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie contagieuse, il constate l'état de l'enfant et celui de la nourrice, et il peut faire cesser l'allaitement naturel.

Dans ce cas, ainsi que lorsqu'il constate une grossesse, il informe le maire, qui doit aviser les parents, sans préjudice, s'il y a lieu, des mesures autorisées par l'article 7.

Art. 14. — Dès que le maire apprend qu'un enfant placé en nourrice ou en garde dans la commune est malade et manque de soins médicaux, il prévient le médecin inspecteur de la circonscription, et, si celui-ci est empêché, il requiert le médecin le moins éloigné de la résidence de l'enfant. Ce dernier doit, si l'enfant succombe, mentionner les causes du décès dans un bulletin spécial, ainsi qu'il est prescrit à l'article 11 pour le médecin inspecteur.

Art. 15. — Les médecins inspecteurs reçoivent, à titre d'ho-

noraires, des émoluments qui sont fixés par le ministre, sur la proposition du préfet après avis du conseil général.

Deuxième section. — Registre des médecins inspecteurs.

Art. 40. — Le médecin inspecteur tient à jour un livre sur lequel il inscrit les nourrices, sevreuses ou gardeuses, et les enfants qui leur sont confiés.

Ce livre mentionne dans des colonnes spéciales :

1° Les noms, prénoms, professions et adresses des nourrices, sevreuses ou gardeuses ;

2° La date des deux certificats et du carnet mentionnés à l'article 27 du présent règlement ;

3° Les noms, prénoms, sexe, état civil de l'enfant, ainsi que la date et le lieu de sa naissance ;

4° La date de son placement ;

5° La date et le motif des visites du médecin étranger au service qui aurait été appelé par la nourrice, ainsi que la date et le résultat de ses visites personnelles ;

6° La date et les causes du retrait de l'enfant ou du décès, s'il a lieu chez la nourrice ;

7° Les observations concernant l'enfant et la nourrice, sevreuse ou gardeuse.

La plus lourde part de ce service revient, comme on voit, aux médecins et cependant on ne leur a accordé que voix consultative dans les commissions spéciales. Elles auront ainsi à juger ses avis, de même que l'inspecteur départemental du service des enfants assistés, très-rarement médecin lui-même, et qui sera ainsi chargé d'interpréter ses rapports, peut-être contrairement à la science qu'il ignore. L'élément médical n'est donc pas aussi prédominant qu'il faudrait dans un service qui est exclusivement de sa compétence.

Par suite d'une enquête officielle, faite par les gouverneurs de province sur l'état actuel des nourrissons en Prusse, les faits de négligence, de cruauté et même de mort révélés chez les femmes qui se chargent des enfants naturels, le gouvernement a proposé les mesures législatives suivantes :

Aucune femme ne pourra se charger d'un enfant au-dessous de 6 ans durant la vie de ses parents, à moins qu'elle n'y soit autorisée par la police du district où demeurent les parents. L'autorisation sera toujours révocable, et les femmes qui en sont pourvues seront soumises à une inspec-

tion officielle sur leur habitation, la nourriture et les soins donnés à leurs nourrissons.

Mieux vaudrait l'exécution rigoureuse et éclairée de ces simples mesures, en France, que l'inapplication de celles si compliquées de la loi Roussel.

O

OPÉRATIONS. *Influence des maladies constitutionnelles sur leurs résultats.* — V. MALADIES.

OPHTHALMOLOGIE. Ophthalmie purulente des nouveau-nés. L'iode est plus soluble dans l'eau distillée de laurier-cerise que dans l'eau distillée simple. Dix gouttes de teinture d'iode disparaissent en se décolorant entièrement dans dix grammes d'eau distillée de laurier-cerise par une transformation chimique, tandis que l'eau distillée simple se colore immédiatement et laisse bientôt précipiter l'iode. Le docteur Luton fait ainsi une liqueur contenant 1 gramme de teinture d'iode pour 20 grammes d'eau de laurier-cerise, soit au 20e. Elle a la coloration du cognac pâle et offre un collyre d'une puissance incontestable contre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

On instille, avec un compte-gouttes, le liquide entre les paupières, quatre à six fois par jour, et on lotionne celles-ci aussi largement que possible. Cet agent a une efficacité supérieure à celle du nitrate d'argent, et n'expose à aucun inconvénient. (*Union méd. et scient. du nord-est*, nº 4.)

L'œil, notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies, par le docteur Giraud-Teulon, un volume in-12 de 182 pages avec 9 planches noires. Deuxième édition corrigée et augmentée. Paris, librairie *Germer Baillière*.

Ce que nous avons dit en 1867, lors de l'apparition de cette œuvre de vulgarisation, nous dispense d'insister aujourd'hui sur sa valeur. Une deuxième édition en est le meilleur éloge et démontre son utilité encore plus aux ingénieurs, architectes, officiers des armées de terre et de mer, artistes, professeurs, qu'aux médecins. Il les éclairera sur une foule d'anomalies de la vision et sur les précautions

et les moyens à prendre pour y remédier. L'élection de l'auteur à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie témoignent assez de la solidité de ses connaissances. et de sa parfaite honorabilité.

Des blessures de l'œil, au point de vue pratique et médico-légal, par de Arlt, professeur de clinique ophthalmologique à l'Université de Vienne, traduit par le docteur Haltenhoff de Genève, un vol. in-12 de 224 pages, Paris, librairie *GermerBaillière*.

La nouveauté de cet ouvrage en France est indiquée par son titre. On ne trouve ces détails techniques sur les lésions traumatiques de l'œil et ses dépendances que disséminés, perdus, au milieu des gros traités spéciaux dédiés spécialement aux ophthalmologistes. Or, les blessures de l'œil sont du domaine de tous les praticiens, à la ville comme à la campagne. C'est à eux que l'on recourt tout d'abord, dans le cas d'accident ou de traumatisme. Souvent même, ils sont appelés en justice à faire un rapport médico-légal de leur examen. De là, l'utilité de ce petit livre leur offrant, dans un ordre anatomique qui facilite les recherches, tous les renseignements étiologiques et symptomatiques pouvant éclairer le diagnostic, le pronostic et le traitement des lésions qui se présentent. Ils ne craindront plus ainsi de s'égarer dans leurs rapports à la justice, aux familles ou aux individus. Le profond savoir de l'auteur, son expérience spéciale et ses indications claires et précises sont une garantie qu'ils peuvent le suivre comme un guide sûr et expérimenté.

Toutes les lésions traumatiques de l'œil sont décrites sous les titres suivants : Compression subite et commotion, plaies avec et sans corps étrangers, brûlure et cautérisation du globe. C'est dire qu'il ne s'agit ici qu'accessoirement des lésions des paupières, des organes lacrymaux, de l'orbite, ni des autres dépendances de l'œil, c'est-à-dire se liant à celles du globe même, le surplus ressortissant à la chirurgie. Le quatrième chapitre est consacré aux affections artificielles, exagérées ou simulées. Rien n'est donc oublié.

La facture de cet ouvrage est un autre avantage. De gros caractères nets, un papier fort et blanc, avec des interlignes espacés en rendent la lecture très-facile. Les auteurs, en

vrais spécialistes, ont ménagé soigneusement les yeux de leurs lecteurs.

Manuel d'ophthalmologie, par G. Camuset, un vol. in-12 de 668 pages avec 120 figures, Paris. Aussi coquet et élégant dans sa forme que clair et précis dans sa rédaction, ce petit livre, résultat d'études et d'observations cliniques plutôt que de lectures, est parfaitement au courant de la science actuelle, moins les formules algébriques qui y sont omises avec avantage, pour son intelligence pratique. Son allure libre et prime-sautière le recommande surtout aux praticiens qui ont besoin de savoir vite, et se renseigner, en peu de temps, sur un sujet donné. Ils en retiendront facilement la substance.

ORDONNANCES. *Restitution aux malades.* Certains pharmaciens prétendent, d'après la loi de germinal, ne pouvoir pas plus se dessaisir d'une ordonnance reçue et exécutée que le mandataire de son mandat. La loi ne dit rien à cet égard, et un décret du 29 octobre 1846 fixe seulement le devoir pour les pharmaciens de transcrire, sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police, les prescriptions des substances vénéneuses qu'ils exécutent.

En général, les pharmaciens rendent volontiers l'ordonnance qui leur est redemandée, car ils en font préalablement la copie sur un registre avec un numéro d'ordre répété sur l'étiquette de la fiole ou de la boîte contenant le médicament. Il s'assure ainsi, comme le notaire de ses minutes, la propriété de la formule. On dit pourtant que des pharmaciens cherchent à conserver toutes les ordonnances qui leur sont apportées, afin d'en faire parade et conserver ainsi le privilége de les exécuter en cas de renouvellement.

Nul doute, cependant, qu'elle n'appartienne bien au client, et qu'il n'ait le droit de se la faire rendre. C'est sa propriété, et s'il s'agit d'un remède spécifique, comme certaines potions calmantes, baume ou pommade, contre un mal chronique, une douleur névralgique, etc., il peut avoir un certain intérêt à la conserver pour la faire renouveler au besoin.

Cette question a été soulevée par le docteur Vérette, exigeant des pharmaciens qu'ils rendissent à ses clients toutes

les ordonnances portant sa signature. Il est permis de se demander dans quel but, car c'est aux malades seuls à en juger. Cette question méritait d'autant moins d'être agitée que, dans certains cas, les pharmaciens prétendent avoir le droit et le devoir de garder certaines ordonnances pour couvrir leur responsabilité.

« Il y a deux raisons indiquées trop brièvement par M. Dorvault, dit l'organe de la Société de pharmacie de Bordeaux, qui imposent aux pharmaciens le devoir de garder les ordonnances. Vous recevez une prescription qui demande huit grammes de laudanum; vous inscrivez régulièrement sur votre livre-copie, mais vous ne devez pas rendre l'ordonnance; car, dans dix pharmacies différentes, le client peut se procurer quatre-vingts grammes de laudanum, en faire mauvais usage, il y aura peut-être mort d'homme et prison pour un ou plusieurs pharmaciens. Autre exemple. Dans un cas déterminé, un médecin prescrit une potion au chloral. Le client, tourmenté par des souffrances chroniques, s'en trouve bien et soupire après la bienheureuse potion qui lui donne le repos. Si l'ordonnance lui est rendue, il pourra, à son gré, en faire usage et abus, à l'insu et contre la volonté peut-être du médecin qui peut avoir d'excellentes raisons pour modifier ou changer le traitement. »

Ce sont là, évidemment, de mauvaises raisons, car le pharmacien, en mettant son cachet sur l'ordonnance dont la date indique qu'elle vient d'être exécutée, montre assez à tout autre confrère qu'elle ne doit pas être renouvelée. Qu'il la retienne pour sa garantie personnelle, si les doses lui paraissent trop élevées, toxiques, c'est bien; mais il n'a pas à s'inquiéter, autrement, de l'intérêt ni du malade, ni du médecin. Il faut se défier de ces précautions empressées qui cachent souvent des pensées secrètes. (*Union méd.*, nº 137.)

Renouvellement des ordonnances. La question de savoir si un pharmacien pouvait renouveler l'exécution d'une ordonnance plus ou moins ancienne, sans le consentement écrit du médecin, a déjà été agitée en France. On a vu justement, dans cette prescription, la meilleure garantie du malade et du médecin. Un décret du ministre de l'intérieur en Saxe vient de la régler définitivement dans ce sens en prohibant la

faculté pour les pharmaciens d'exécuter à nouveau une formule sans la signature du médecin. Certains médicaments, comme la strychnine, l'arsenic, ne pourront être délivrés deux fois sur la même ordonnance; et de même la digitale, le chloral, le seigle ergoté, quand la dose excède certaines limites. (*Siglo med.*) On éviterait bien des accidents et des morts lamentables en mettant partout en vigueur une mesure aussi précise. Outre les intentions criminelles ainsi réprimées, les abus officieux de ceux qui veulent appliquer des ordonnances et des remèdes ayant donné de bons résultats dans des cas semblables pour eux seraient ainsi empêchés.

OREILLE. *Injections d'air.* Au lieu de faire exécuter des mouvements de déglutition pour obtenir l'oblitération de la paroi postérieure des fosses nasales par le soulèvement du voile du palais, selon le procédé de Politzer, ce qui est très-fatigant, M. Roustan propose la modification suivante : l'extrémité d'un tube coudé étant placée dans la bouche, tandis que l'autre, recouverte d'un manchon de caoutchouc, est placée dans une des narines, le malade ferme l'autre avec son pouce, tandis que l'index comprime légèrement l'aile du nez sur le tube de verre. Il lui suffit alors de souffler dans le tube avec la bouche pour faire pénétrer l'air dans les fosses nasales et de là dans la trompe d'Eustache. L'opération peut ainsi être exécutée par le malade seul, sans gêne, ni fatigue. (*Soc. de chir.*)

Tintements. Des inhalations légères de nitrite d'amyle ont été tentées avec un certain succès en Allemagne, contre les tintements d'oreille nerveux. Sur 33 cas, ainsi traités par Michael, 19 malades en ont éprouvé de l'amélioration. Les tintements ont complétement disparu d'une oreille dans trois cas et, dans quatre, l'ouïe s'est notablement améliorée. De 3 cas de maladie du labyrinthe, 2 ont été améliorés. Weber-Liel a aussi obtenu une amélioration de l'ouïe dans un cas et la disparition des tintements dans un autre.

Urbantschitsch a également obtenu ce dernier résultat pendant un temps plus ou moins prolongé; mais des vertiges, du collapsus, de la paralysie même passagère, lui ont montré que l'on doit recourir à ces inhalations avec un grand soin et beaucoup de réserve. Une seule goutte, pure ou

mélangée d'alcool et tenue à une certaine distance du nez, en retirant le tube toutes les dix secondes, suffit pour commencer, sauf à augmenter graduellement jusqu'à cinq. La rougeur de la face, l'injection de la conjonctive, en sont les premiers effets, ainsi que l'augmentation des tintements, mais ils disparaissent aussitôt. L'apparition des vertiges en contre-indiquent l'emploi. (*Boston med. and surg. journ.* novembre, n° 19.)

ORTHOPNÉE. *Brassière respiratoire.* Contre ce symptôme si pénible de tant de maladies qu'il en constitue toute la gravité, notamment dans l'asthme, l'emphysème, l'hystérie, les affections du cœur, la posture droite est souvent le seul moyen de soulagement des malades ; mais la fatigue, la faiblesse, et le défaut de sommeil en résultant, ne leur permettent pas de la garder longtemps sans aggraver leur état. La position assise serait plus confortable si l'affaissement du thorax et la pression des viscères abdominaux qu'elle provoque ne tardaient pas à la rendre intolérable par la difficulté, la gêne de la respiration.

Cette alternative douloureuse a suggéré au docteur French un moyen simple d'y obvier. C'est de suspendre le thorax en passant les bras des malades dans une brassière fixée au-dessus de leur fauteuil ou de leur lit, comme la poignée que l'on y place pour les aider à se soulever. Deux embrasses d'étoffe solide et large suffisent à cet effet ; suspendues aux deux extrémités d'une traverse en bois ou en fer de la largeur des épaules, fixée au lit ou au plafond, elles servent à appuyer, à soutenir le malade, soit en lui passant sous chaque aisselle, ou, si l'on craint qu'elles ne gênent la circulation, sous les avant-bras croisés. Une bande transversale réunit ces deux embrasses à la hauteur du front, et permet au malade de se retenir et s'appuyer la tête. Il peut dormir, alors que le soulèvement des épaules dilate la poitrine et permet l'entrée facile de l'air.

Cet appareil simple et commode, employé dans divers cas d'orthopnée, surtout chez les asthmatiques, leur a permis de supporter leurs accès beaucoup plus confortablement, comme l'auteur en relate des exemples. (*Boston med. and surg. journ.* n° 18.)

OTORRHÉE. Lorsqu'elle est simple et non compliquée

de carie ou de polype, Paulsen a obtenu d'excellents résultats du mélange suivant :

℞ Huile d'olive	100 grammes.
Acide carbolique ou phénique	10 —

Mêlez.

L'huile comme excipient a été trouvée préférable à l'eau et ce mélange s'est montré plus efficace que les astringents, les caustiques, et d'autres moyens qu'il a expérimentés. Après avoir nettoyé l'oreille avec du coton sans la laver, un tampon de ouate est imbibé de la solution et introduit sur la surface secrétante. On renouvelle ce pansement ainsi tous les jours. Des écoulements rebelles, et même compliqués de petites granulations, ont été taris aussi. (*Archiv für ohrenheilk.*)

OVARIOTOMIE. Une nouvelle série de 300 ovariotomies, avec des remarques sur le drainage de la cavité péritonéale, a été présentée par M. Spencer Wells à la *Royal medical and chirurgical society*, le 27 février. Avec les 500 cas présentés de 1859 à 1872, c'est un total de 800, représentant la pratique de ce célèbre opérateur en 17 ans. Et cela sans compter les ovariotomies inachevées, ni les erreurs de diagnostic, soit de tumeurs de la rate, soit de fibromes utérins rencontrés au lieu de kystes de l'ovaire. Le docteur Keith d'Edimbourg en a publié aussi 300 cas environ. Il n'y a qu'en Angleterre où l'on voie pratiquer un si grand nombre d'ovariotomies, surtout par un seul homme. L'ovariotomiste le plus autorisé en France, M. Péan, n'en comptait que 149 cas dans sa statistique de l'année dernière. Il faudrait donc conclure de ce fait que les kystes de l'ovaire sont beaucoup plus fréquents en Angleterre qu'ailleurs, car avec les chances heureuses que l'ovariotomie offre aujourd'hui, on ne comprend pas que les médecins ni les malades en repoussent l'emploi.

Ces 800 ovariotomies ont été pratiquées non-seulement à l'hôpital spécial de la Samaritaine à Londres, mais dans les maisons particulières et les institutions spéciales. La mortalité dans les six premières séries de 100 cas était de 29 ; elle est descendue à 24 dans les deux dernières et cependant elles comprennent un bien plus grand nombre que les premières de cas défavorables, sinon désespérés. Des succès

inespérés, obtenus malgré le plus grave pronostic, l'ont encouragé à opérer maintenant des cas qu'il aurait refusé autrefois. Mais la mort n'en est pas moins survenue plus rarement qu'avec un choix plus sévère.

L'hôpital libre de la Samaritaine semble offrir pour cette opération des conditions spécialement favorables, car M. Spencer Wells n'y opère pas seul : sur 15 ovariotomies exécutées l'an dernier par le docteur Bantock et M. Thornton, il n'y a eu qu'un seul décès et la mortalité générale n'a été que de 5 sur 55 ovariotomies. Les conditions sanitaires de cet établissement et les soins particuliers dont les opérées sont entourées doivent donc contribuer à de tels succès outre l'habileté du chirurgien principal.

Quant au drainage de la cavité péritonéale, qu'il regarde comme la modification la plus importante du procédé opératoire sur les résultats obtenus, M. Spencer Wells l'a appliqué seulement 8 fois dans les 300 derniers cas, au moment de l'opération, et 11 fois en rouvrant la plaie ensuite, ou par une ponction vaginale. Ce drainage primitif ou secondaire aurait peut-être réussi dans plusieurs cas malheureux, mais il ne l'emploie que dans les cas exceptionnels où des collections de sang ou de sérum suivent l'opération. Et c'est à décrire les procédés employés à cet effet qu'il consacre le surplus de sa communication, en réservant, pour la prochaine, la valeur des moyens antiseptiques qu'il expérimente actuellement. (*Lancet*, nº 9.)

Division de l'uretère. Ce grave accident n'a été observé qu'en Allemagne; aucun chirurgien ne le signale, même parmi ceux des Etats-Unis et de l'Angleterre qui ont fait le plus d'ovariotomies. On a ouvert la vessie et lésé l'intestin (V. *années* 1868 et 1872), mais l'on n'avait pas encore divisé, sectionné l'uretère. Le fait est que l'on se demande comment ce conduit a pu être atteint, car les chirurgiens allemands ne confessent pas même leurs fautes à cet égard.

Simon, de Heidelberg, est le premier qui ait commis cette méprise en 1869. Une grande partie de l'utérus avait été enlevé en même temps que les ovaires. L'uretère gauche avait été lésé sans que l'on s'en aperçût et l'on ne reconnut le fait qu'à l'issue de l'urine par l'orifice utérin et le vagin, en même temps que par une petite fistule abdominale for-

mée au niveau de l'incision. Sur les instances de l'opérée pour être délivrée de cette rare forme d'incontinence, Simon tenta la résection du rein qui réussit parfaitement, sans aucun trouble de la fonction rénale.

En pareil cas, il serait donc indiqué de recourir à ce procédé pour conserver la vie, car de nombreuses expériences sur les chiens et plusieurs observations d'excision du rein sur l'homme prouvent qu'elle est parfaitement compatible avec un seul rein. Ce n'est pas ce qu'a fait M. Nussbaum, de Munich. L'uretère droit fut atteint accidentellement, dans sa 96e ovariotomie, ce qui lui fut révélé seulement quelques jours après par l'issue d'une quantité considérable d'urine avec le pus de l'incision abdominale. L'opérée guérit cependant assez rapidement en conservant une fistule urinaire abdominale.

Au lieu de suivre l'exemple précédent, le professeur de Munich mit en question d'oblitérer l'uretère afin d'obtenir l'atrophie du rein. Mais les dangers de cette opération le firent tenter d'établir un uretère artificiel avec un drain. Après avoir dilaté la fistule jusqu'à permettre l'introduction de l'index, il incisa l'urètre et pénétra dans la vessie, avec un cathéter d'homme, dont la pointe fut perçue par l'index. Un réservoir artificiel de l'urine fut aussi constaté à une certaine distance de la vessie. L'orifice de l'uretère n'ayant pu être découvert, un trocart armé d'un drain fut introduit et atteignit le réservoir accidentel de l'urine. Le drain, de 20 centimètres de longueur, fut fixé et établit ainsi une communication directe entre la vessie accidentelle et la vessie naturelle. Pendant deux jours, l'appareil fonctionna et l'urine cessa de passer par la fistule, mais, le quatrième jour, le drain fut trouvé dans le lit. Il avait glissé et s'était échappé. L'urine reparut par la fistule, mais en diminuant progressivement : un nouvel uretère s'était formé par l'adhérence de la poche artificielle avec la vessie par leur ponction respective et la femme se rétablit ainsi complétement. (*Aertzliches intelligenzblatt*, 1876.)

N'y a-t-il pas lieu, devant une opération aussi audacieuse, d'admirer plus le rôle médicateur de la nature que celui du chirurgien? Comment un drain aurait-il pu tenir mécaniquement entre ces deux réservoirs urinaires? La force médicatrice de l'organisme vivant a montré sa supériorité

puissante sur ce mécanicisme et donné par ce fait une haute leçon à tous ceux qui méconnaissent ses lois.

Ouverture de l'intestin. Elle n'est pas si absolument fatale qu'on pourrait le prévoir, car en voici deux cas suivis de guérison. M. Th. Chambers ayant ovariotomisé, le 23 mars dernier, une femme de 37 ans, à l'hôpital de Chelsea, en présence des docteurs Barnes et Aveling, s'aperçut, après la toilette du péritoine, que du sang continuait à sourdre profondément. De nombreuses adhérences avec l'intestin ayant été rompues et l'épiploon étant très-vascularisé, il examina celui-ci sans trouver la cause de l'hémorrhagie. Une anse d'intestin qui avait été détachée de la tumeur fut examinée et une ouverture longitudinale de plus de deux pouces fut rencontrée. Un stylet fut introduit pour en soutenir les lèvres saignantes qui furent suturées de haut en bas avec du catgut. Il fut noué et coupé court. L'hémorrhagie fut ainsi arrêtée, et, après un certain temps d'expectative, la plaie fut fermée. Cette opération faite sous le nuage phéniqué, et qui dura deux heures moins un quart, guérit si bien que cette femme quitta l'hôpital 35 jours après.

Le même accident étant arrivé au docteur Barnes dans une ovariotomie, l'ouverture fut fermée de la même manière et le résultat fut aussi satisfaisant.

Ces deux faits sont un enseignement qu'il faut regarder de près, avant de fermer la paroi abdominale, si un suintement sanguin n'a pas lieu par des lésions semblables, car elles sont des causes de péritonite mortelle qu'il est ainsi facile de prévenir. (*Lancet*, 1er septembre.)

Épanchements consécutifs. Les modifications survenant dans la pression intra-abdominale après l'extirpation des tumeurs de l'ovaire, — surtout quand, par leur volume et leur ancienneté, les parois abdominales se sont peu à peu distendues et ont perdu de leur tonicité — déterminent un vide virtuel qui, selon M. Wegner, favorise la transsudation des liquides dans le péritoine et retarde leur résorption. Leur décomposition putride peut ainsi déterminer une intoxication septicémique foudroyante, sinon ces liquides agissent comme irritants et provoquent une péritonite souvent mortelle.

C'est là, pour cet auteur, la cause la plus fréquente de ces complications de l'ovariotomie. Ayant distendu la cavité péritonéale de chiens au moyen d'injections, il a constaté un épanchement ascitique dû à la tension et au relâchement des parois abdominales. Sans doute, l'irritation produite par l'expérience elle-même pourrait bien en être la cause; mais ce n'est pas une raison pour ne pas éviter cet épanchement et favoriser sa résorption par un bandage ouaté et serré de l'abdomen, et l'emploi du drainage par le vagin après l'ovariotomie. (*Archiv für klin. chir.* 1876.)

Drainage. Schroder partage la même opinion et conseille aussi de faire le drainage de la cavité de Douglas pour prévenir l'infection de ces liquides. Olshausen en démontre l'efficacité par les résultats suivants : sur 25 ovariotomies pratiquées par lui jusqu'à la fin de 1875, il n'a eu que deux guérisons sur les 10 premières où il n'a fait ni drainage, ni pansement antiseptique. En les employant, au contraire, dans les 14 autres cas, dont 2 ovariotomies doubles, il eut 10 guérisons et 4 morts seulement. La 25e opérée guérit sans que le drainage fût jugé utile. C'est donc en somme 13 succès pour 25 opérations.

Voici comment ce drainage est exécuté. L'extraction du kyste faite, il pénètre par le vagin dans le cul-de-sac de Douglas avec un trocart dont la canule a 25 centimètres de long et un centimètre de lumière. L'autre main, placée dans l'excavation utéro-rectale, suffit à protéger l'intestin et à diriger le trocart vers les parties les plus déclives. Un drain de 80 centimètres de long, imperforé en haut et en bas, et de un centimètre d'épaisseur, est alors introduit et placé dans l'angle supérieur de la plaie abdominale au moment de la fermer. Des injections salicyliquées avec de l'eau à 27° sont pratiquées ensuite toutes les deux heures, le premier jour, et toutes les heures ensuite, suivant la teinte plus ou moins sanguinolente du liquide en retour. Le tube est retiré par le vagin, vers le douzième jour, après en avoir nettoyé soigneusement l'extrémité supérieure. (*Berlin. klin. Wochens.* 1876.)

Ovariotomie normale. Elle a été pratiquée pour la première fois en Europe, non pas comme les chirurgiens américains, dans le seul but de changer les conditions de l'exis-

tence de la femme (V. *année* 1872), mais pour sauver sa vie. C'était chez une femme de 22 ans, atteinte d'une rétroversion utérine irréductible, qui entretenait une constipation opiniâtre depuis quatre mois, avec tous les graves accidents qui en sont la conséquence. M. Kœberlé de Strasbourg ouvrit le ventre comme pour l'ovariotomie, vida l'intestin par des manipulations directes et réduisit la rétroversion; et pour l'empêcher de se reproduire, il fixa le ligament large gauche, en excisant l'ovaire de ce côté, dans l'angle inférieur de l'incision abdominale. La matrice fut ainsi définitivement fixée et cette femme guérit parfaitement. (*Soc. de chir.* janvier.)

P

PANNUS. *Inoculation du pus.* Un succès très-remarquable, obtenu par le docteur Critchett, tend à augmenter le crédit de ce moyen héroïque. Il s'agissait d'une fille de 16 ans, vivant en Australie, qui, après un bain froid prolongé à la rivière pris à l'âge de six ans, fut atteinte d'une ophthalmie grave. Loin de s'améliorer par les remèdes employés, elle ne fit que s'aggraver, à tel point que l'œil droit était considéré comme perdu. On résolut alors d'amener la malade à Londres.

L'examen de l'œil droit était très-difficile à cause de la tuméfaction des paupières, d'un écoulement abondant et de l'intensité de la photophobie. La malade fut éthérisée à cet effet. La cornée était couverte d'une épaisse membrane extrêmement vasculaire avec infiltration interstitielle assez marquée jusqu'au centre. La conjonctive, d'un rouge vif, était gonflée, granuleuse, et baignée d'une sécrétion muco-purulente très-abondante. L'espace oculo-palpébral était diminué et l'état du tarse, avec les vestiges de lignes cicatricielles, indiquait qu'il avait été longtemps le siége d'un traitement énergique. L'emploi de l'éthérisation produisit un effet favorable sur la photophobie, car, à la visite du lendemain, la malade apercevait avec difficulté l'ombre de quelques objets.

Le traitement consista à inoculer, entre les paupières de l'œil droit, une certaine quantité de pus provenant de

l'ophthalmie purulente d'un nouveau-né. Une inflammation aiguë en résulta avec symptômes très-accentués et caractéristiques. Rien ne fut employé pour les diminuer. Ils disparurent graduellement sans que l'état de l'œil parût amélioré. Ce ne fut qu'après trois mois que la cornée devint plus claire et transparente ; la vision augmenta et l'opacité diminua, au point de distinguer l'iris et la mobilité de la pupille; la malade lisait le nº 16 de l'échelle de Jæger. On ne doit donc plus désespérer de faire disparaître le plus grave pannus avec l'inoculation.

PANSEMENTS. Leur nombre a tellement augmenté, depuis la promulgation de la théorie panspermiste, qu'il est difficile d'en faire connaître toutes les variétés et les modifications. Chaque année en apporte de nouveaux, et, loin de les simplifier, on les complique. Ceux de Lister et de M. Guérin, les plus en vogue, en sont des exemples. C'est une guerre à outrance contre des germes peut-être illusoires, fantastiques, car les pansements ouverts réussissent aussi bien que les pansements occlusifs. Pour prévenir le contact de ces germes sur les plaies, on les prive de l'oxygène qui en est le meilleur cicatrisant. Et chacun de proclamer ses succès par son pansement.

C'est ainsi que le docteur Duchêne, médecin des mines de Firminy dans la Loire, a eu l'idée d'utiliser le charbon végétal pour faire un pansement occlusif, à l'instar du pansement ouaté. Après avoir lavé et nettoyé la plaie, qu'elle ait été produite par instrument tranchant ou par écrasement, compliquée ou non de fracture simple ou comminutive, il en rapproche les lambeaux avec des bandelettes agglutinatives de diachylon suffisamment espacées pour l'écoulement du pus. Il étend dessus un lit de charpie pour l'absorber et recouvre celle-ci d'un sachet de poudre de charbon sur toute l'étendue de la plaie. Le tissu doit en être peu serré. Le tout est enveloppé de compresses et de bandes et imbibé de baume du commandeur. (*Lyon méd.* nº 40.)

L'auteur se loue beaucoup de ce pansement, depuis vingt ans qu'il l'emploie sur ses nombreux blessés, mais sans donner aucune observation concluante. Il le laisse en place tant que la douleur ou les accidents n'obligent pas de le

visiter. C'est un mode particulier de mettre à profit les propriétés absorbantes et désinfectantes du charbon.

Pansement phéniqué ouvert. Au lieu du pansement phéniqué, très-compliqué, du professeur Lister, le professeur Neudorfer de Vienne se borne à remplir et couvrir les plaies de tampons et de compresses de gaze ordinaire imbibées d'une solution d'acide phénique au 10ᵉ dont il entretient l'humidité constante par des arrosements consécutifs. Il pratique même des injections sous-cutanées avec une solution au 200ᵉ de cet acide. C'est dire qu'au lieu des précautions minutieuses du chirurgien écossais, pour empêcher l'accès et le contact des micro-organismes de l'air avec les plaies, le chirurgien allemand, n'admettant pas la doctrine panspermiste, tend seulement à en empêcher la formation au foyer même de ces plaies, consécutivement à la décomposition putride des liquides. C'est pour empêcher cette décomposition des albuminates humains que l'eau, même distillée, le coton, la charpie provoquent en les liquéfiant, comme toutes les influences mécaniques et dynamiques, qu'il applique ce liquide sans changer le pansement tant que la douleur ou les complications n'en font pas une nécessité. Comme pour d'autres chirurgiens, l'idée première de ce pansement est de coaguler sur place les matières protéïques et constituer aux plaies une couche unie, isolante et imputrescible. C'est ainsi qu'il cautérise la surface des os sciés avec le fer rouge, comme d'autres appliquent le perchlorure de fer.

Ce pansement serait aux plaies ouvertes suppurantes ce que celui de Lister est aux plaies fermées, à réunion immédiate. Mais, quel que soit son avenir, il a contre lui des solutions aussi concentrées, comme le remarque justement le docteur Pingaud. (*Gaz. hebd.* nᵒˢ 31 et 32.)

Die chirurgische behandlung der Wunden; brochure in-8. Vienne, 1877.

Camphre phéniqué. Il s'obtient en versant un gramme d'une solution de 9 grammes d'acide phénique dans un gramme d'alcool sur 2 grammes 50 de camphre en poudre. On obtient ainsi un liquide oléagineux, d'un jaune pâle, d'une odeur légèrement camphrée, ne rappelant en rien

celle de l'acide phénique, insoluble dans l'eau et la glycérine, miscible en toute proportion avec les huiles.

Dissous dans l'huile ou émulsionné dans une décoction de saponaire ou une teinture alcoolique de l'écorce du *quillaya saponaria*, ou bois de Panama, ce liquide est employé avec avantage par le docteur Soulez dans le pansement des plaies, de la manière suivante.

Après avoir lavé la plaie avec l'émulsion de camphre phéniqué, il applique dessus un carré de ouate imbibé du liquide et la dépassant de 7 à 8 centimètres; puis, il y superpose six autres carrés semblables graduellement plus larges de quelques centimètres. Une enveloppe mince de caoutchouc, recouverte de ouate sèche, maintient le tout avec une bande.

Ce pansement des plus simples et faciles, quand tout est préparé d'avance, réalise toutes les conditions favorables inhérentes à la méthode de Lister et de M. A. Guérin, sans être aussi compliqué. Il est renouvelé tous les six à dix jours, sans la moindre irritation de la plaie ni de la peau environnante. Une abondante rosée, provenant de l'évaporation de l'eau sous l'enveloppe imperméable, tient les couches de ouate humides. Environnée d'une atmosphère chaude, saturée de vapeur d'eau et protégée par l'épaisse couche moelleuse de ouate, la plaie, débarrassée des germes infectieux, est ainsi placée dans les meilleures conditions. La réaction en est diminuée, les douleurs moindres et la suppuration atténuée, comme plusieurs observations le démontrent. (*Tribune méd.* décembre.)

Pansements à l'alcool. La thérapeutique tourne dans un cercle et revient ainsi à intervalles plus ou moins éloignés aux moyens qu'elle avait négligés, abandonnés. M. Dens, un jeune, revient ainsi aux pansements des plaies à l'alcool tant vantés par Nélaton et ses élèves. (Voy. *année* 1864.) Seulement, au lieu de l'alcool dilué, de l'eau alcoolisée, il emploie exclusivement de l'alcool à 60 dans lequel il fait dissoudre un 40e de camphre qu'il considère comme antiseptique. Ce n'est donc pas de la simple eau-de-vie camphrée.

Sur 10 cas de plaies ouvertes et étendues résultant de ablation de tumeurs du sein, ce pansement à plat, fait avec

de la charpie imbibée et non couverte, a donné une cicatrisation régulière, lente, mais sans aucun accident, sauf la complication tardive d'un érysipèle bénin dans un seul, aucune réaction ne s'est manifestée. La température est restée modérée, de 37 à 38°.

Comme ses prédécesseurs, M. Delens a noté l'absence de réaction inflammatoire. L'alcool pur produit une véritable conservation anatomique des tissus divisés. La surface de la plaie prend un aspect blanchâtre, indice de la constriction des tissus. La douleur est même très-supportable, d'après lui, mais il est contredit par M. Guyon qui, après avoir longtemps employé l'alcool pur à 80° ou 90° dans ses pansements, s'est convaincu non-seulement de ses effets excellents, — ce qui ne l'a pas empêché de l'abandonner pour l'acide phénique, — mais aussi que cette douleur est réelle et parfois même très-violente. Mais elle s'atténue rapidement. (*Soc. de chir.* avril.)

Douleur violente, cicatrisation lente, ne sont pas, de l'aveu de ces auteurs, précisément des avantages.

PARALYSIES. *Contracture musculaire.* Suivant M. Onimus, elle est symptomatique de la régénération nerveuse, du rétablissement de la motilité dans les paralysies périphériques. Celles du nerf facial, de nature rhumatismale ou traumatique, en offrent surtout le type. La moitié de la face contracturée, en relevant la bouche, donne à cette partie de la figure un aspect plus ferme, comparativement au côté opposé, et simule ainsi une paralysie de ce côté-ci. Partout, elle est le premier symptôme de l'amélioration de la paralysie et coïncide avec une parésie plus ou moins marquée des muscles qui en sont le siége. Constante à la suite des paralysies complètes et de longue durée, elle manque quand les mouvements reviennent rapidement et complets. C'est l'intermédiaire entre la paralysie absolue et la guérison durant aussi longtemps que le processus de régénération n'est pas terminé.

Par suite de l'irritation des filets nerveux, ce phénomène local et périphérique s'accompagne de contractions fibrillaires, de légers spasmes, de contractions incomplètes et mal coordonnées, l'influx nerveux se diffusant pour ainsi dire et arrivant mal aux groupes musculaires. Elle peut

durer des années, selon la gravité et les lésions périphériques. Elle persistait depuis dix ans dans un cas de paralysie du nerf facial.

Moins sensible et appréciable dans les muscles du tronc et des membres, cette contracture survient pourtant toujours dans le bras, lorsqu'apparaissent les premiers mouvements volontaires et avant la guérison complète. Les malades se plaignent eux-mêmes de cet état et accusent très-bien la rigidité qui accompagne tous leurs mouvements.

Dans trois cas différents, cette contracture s'est montrée à M. Onimus. A la suite d'une chute sur l'épaule, le blessé ayant eu une paralysie des nerfs de l'avant-bras, sans atrophie musculaire prononcée, il a pu constater, pendant plusieurs semaines, que les muscles paralysés étaient raides, douloureux, alors que les mouvements volontaires revenaient peu à peu, surtout pendant les efforts d'extension. Dans un cas de paralysie du radial produite par l'usage de béquilles, la malade, très-âgée, s'est plainte, encore longtemps après le retour des mouvements volontaires, de la raideur de ses muscles extenseurs, de la difficulté à relever nettement et facilement ses doigts; on sentait même les muscles plus durs au toucher.

A la suite d'un zona suivant le trajet du nerf intercostal, lorsque les douleurs névralgiques eurent disparu, les mouvements de la respiration, surtout lorsqu'elle était profonde, produisaient une douleur très-vive avec sensation de constriction dans l'espace intercostal. On sentait nettement sous le doigt cette paroi résistante, dure et contracturée.

D'où la preuve que toute lésion nerveuse est accompagnée, pendant sa régénération, d'un travail irritatif qui amène la contracture des muscles indiquant un état anormal. Souvent alors, la sensibilité est augmentée, il y a des modifications vaso-motrices, des éruptions trophiques et souvent même de l'atrophie musculaire. (*Soc. méd. de Paris*, novembre, et *Union méd.* n° 146, 1876.)

Paralysie générale. La plus constante lésion rencontrée dans les asiles d'aliénés est, d'après le docteur Browne, les adhérences de la pie-mère à la substance grise sous-jacente, ce qui en explique le processus morbide. Six observations

en sont relatées avec planches. C'est donc un commencement de preuve à l'appui des lésions de l'écorce invoquées par M. Foville (V. *année* 1876). Mais ces adhérences, au lieu d'être localisées aux centres moteurs corticaux, s'étendent principalement à la partie antérieure de l'écorce et au sommet des circonvolutions. Ces lésions ne correspondent donc pas avec les centres moteurs et sont plutôt contraires aux localisations. (*The West riding lunatic asylum Reports*, t. VI.)

Corps étoilés. 8 fois sur 15 autopsies de sujets morts de paralysie générale à un âge relativement peu avancé, Tamburini a rencontré sur l'arachnoïde spinale, sur la face postérieure de la région dorso-lombaire, de petites plaques blanches, cartilagineuses ou calcaires, irrégulières, de 1 à 2 millimètres de diamètre, dits corps étoilés. Ce sont de véritables ostéômes hétéroplastiques qui se rencontrent assez souvent chez les vieillards. Ils sont formés de tissu conjonctif, se transformant en tissu osseux vrai qui peut bien déterminer certains symptômes accessoires, névralgies et contracture, de la maladie. (*Riv. sperim. di freniatria*, nº 1.)

Rétinite symptomatique. Parmi les modifications ophthalmoscopiques observées chez les aliénés, celle-ci serait un signe probable ou plutôt un prodrôme de la paralysie générale progressive. Sur 89 cas de modifications diverses, constatées par le docteur Klein sur un total de 134 aliénés, dont 42 paralytiques, 29 fois ces lésions consistaient en un défaut de transparence de la rétine, analogue à celle qui résulte de la sénilité, mais à un plus haut degré, bien que tous ces aliénés fussent encore jeunes. Or, de ces 29 malades, 18 furent ensuite frappés de paralysie générale et la même opacité rétinienne fut aussi constatée chez un certain nombre de paralytiques généraux.

Sans que cette apparence de la rétine soit caractéristique de la paralysie progressive, puisqu'elle a été rencontrée depuis dans d'autres formes de l'aliénation, l'auteur se demande si elle n'est pas produite par les altérations qui la déterminent dans la vieillesse, c'est-à-dire une métamorphose sénile prématurée dépendant de la paralysie. Dans tous les cas, il y a lieu de la regarder comme un symptôme de la rétinite

diffuse qui survient dans les maladies cérébrales, et surtout la paralysie générale progressive.

Les recherches embryologiques et histologiques de Meynert montrant que la rétine n'est qu'une portion de l'écorce cérébrale et le nerf optique une prolongation de la substance médullaire, Klein s'appuie sur ces démonstrations pour faire de la paralysie progressive une affection de l'écorce cérébrale. Cette interprétation viendrait donc à l'appui des observations précédentes et de l'inflammation de l'écorce cérébrale, signalée par plusieurs anatomo-pathologistes, dans cette affection, comme le résultat d'une métamorphose régressive. Il n'y aurait rien de surprenant dès lors que la rétine puisse participer à cette inflammation ou cette dégénérescence; d'après ce raisonnement, toute lésion de la rétine doit éveiller la pensée d'une maladie de l'écorce cérébrale. (*Wiener medical Press*, n° 2.)

Paraplégies menstruelles. *Congestion rachidienne.* Si les auteurs anciens ont certainement exagéré la fréquence de cette congestion pour expliquer les paraplégies de cause douteuse, il ne faut pas la nier, comme l'a fait M. Hallopeau à l'article Moelle du Dictionnaire encyclopédique. C'est substituer une erreur par omission à une erreur par excès, dit M. Jaccoud. Aux exemples cités par Olivier (d'Angers), Churchill, Hasse et tant d'autres, M. Peter signale deux observations confirmant l'influence de cette cause. Une fille de vingt-deux ans, non hystérique, ayant eu ses règles supprimées brusquement à la suite de l'administration d'un éméto-cathartique, fut atteinte de fourmillements dans les membres inférieurs, de douleurs dans les lombes, d'une véritable paraplégie incomplète. L'autre est une jeune femme présentant, depuis deux jours, des fourmillements avec affaiblissement considérable dans les deux membres inférieurs et diminution de la sensibilité. Les règles apparaissent et tous ces accidents se dissipent presque complétement. Il y a donc un rapport évident de cause à effet, se justifiant l'un par l'autre.

M. Dechambre signalait, en 1862, des exemples semblables à ce dernier. La congestion de la moelle, par suppression des règles, peut bien produire la paraplégie sans entraîner des lésions définitives. Que la menstruation paraisse naturel-

lement et la paralysie disparaît avec la congestion. C'est ainsi que, lors de la ménopause, la suppression des règles s'accompagne de douleurs dans la région rachidienne, de diminution de la sensibilité et de perte de la force musculaire pouvant aller jusqu'à l'abolition des mouvements volontaires. Une véritable myélite peut s'ensuivre si on ne la prévient pas par des émissions sanguines locales, ventouses ou sangsues. Leroy d'Etiolles et Stanley ont trouvé, dans ces cas, une congestion très-accusée des méninges rachidiennes, des plexus et des vaisseaux médullaires occasionnant la compression de la moelle et des nerfs à leur émergence.

La paraplégie congestive est ainsi la plus fréquente, comme le docteur Barrié l'a établi dans son *Étude sur la ménopause*. Brown Séquard en cite cinq observations et J. Tilt six. M. Barrié en cite onze. Mais il admet aussi des paraplégies ischémiques à la suite de métrorrhagies abondantes. Celles-ci sont aussi lentes dans leur manifestation que les autres sont subites. C'est dire qu'elles sont aussi différentes que doit l'être leur traitement. (*Gaz. hebd.* n° 28.)

Paralysie des forgerons. On désigne sous ce nom, en Angleterre, une hémiplégie fonctionnelle de ces ouvriers se manifestant à droite, c'est-à-dire du côté fatigué, et s'accompagnant parfois d'aphasie, de ptosis, d'atrophie, de paralysie faciale, de surdité. Le docteur Frank Smith en rapporte dix observations. Elle se distingue des autres paralysies par le défaut de lésions encéphaliques.

Le repos, les toniques, la strychnine réussissent mieux que l'électricité à la combattre. (*British med. journal*, 1876.)

Le défaut d'autopsie ne permet pas d'affirmer qu'il n'y a pas de lésion centrale et la cause purement fonctionnelle, la fatigue, aurait besoin d'être prouvée par une hémiplégie chez un forgeron gaucher. L'absence de ces deux preuves ne permet pas encore de l'admettre comme une variété distincte.

Paralysies partielles et transitoires. N'ayant constaté à l'autopsie qu'une lésion hémorrhagique ancienne dans le voisinage du gyrus sigmoïde pour expliquer deux attaques d'hémiplégie, à quatre ans d'intervalle, apparues sous l'influence d'accidents pulmonaires, M. R. Tripier a tenté des

expériences pour en préciser le siége et la cause. Il a enlevé avec une curette, chez des chiens chloralisés par injection veineuse, 3 à 8 centimètres de la substance cérébrale dans la partie de ce gyrus où l'excitation électrique déterminait auparavant des mouvements dans les membres du côté opposé. Une paralysie incomplète de ces parties en est résultée, comme cela avait déjà été constaté. Sur 6 chiens, un seul n'a rien éprouvé et, sur les cinq autres, la paralysie a été persistante quoique peu marquée. L'un d'eux, présenté au Congrès international de Genève, avait encore une faiblesse des membres du côté opposé à la lésion.

Sur 3 de ces chiens, des injections de 4 à 6 centigrammes de chlorhydrate de morphine et surtout une saignée abondante ont ramené la paralysie, comme au lendemain de l'excision du gyrus. Une crise d'épilepsie provoquée produit le même effet. De là l'explication des recrudescences que les maladies intercurrentes amènent dans ces paralysies. (*Rev. mensuelle de méd.* n° 9.) — Voy. PHTHISIE.

Paralysies par compression. *Névrite hyperplasique consécutive.* M. Panas, qui avait cherché à remplacer la pathogénie des paralysies dites *à frigore* par la compression du nerf, soit qu'elle s'exerce de dehors en dedans par la pression prolongée d'un corps lourd comme la tête, un panier, un lien sur le bras, soit de dedans en dehors par une exostose, le cal ou un corps dur quelconque (*V. année* 1873), a été obligé de reconnaître que cette cause n'était qu'indirecte et que la névrite hyperplasique en résultant était la cause efficiente de cette paralysie. On se demande dès lors si le froid ne peut y contribuer aussi. Voici les quatre observations de paralysie du nerf cubital sur lesquelles M. Panas s'appuie pour étayer cette nouvelle étiologie.

Elle était produite, dans le premier, chez un garçon de 19 ans, par un os sésamoïde, gros comme un haricot, développé dans l'épaisseur du ligament latéral interne du coude. Il simulait une exostose du crochet cubital tant il faisait corps avec celui-ci. L'extirpation détermina une arthrite suppurée et mortelle du coude; par son accroissement, il avait fini par rendre la portion attenante du nerf cubital volumineuse, dure, douloureuse, spontanément et au toucher, et par déterminer la paralysie des muscles situés au-dessous.

L'examen histologique de la portion renflée et comme névromateuse du nerf paralysé montra une *névrite hyperplasique* chronique, caractérisée par une prolifération du tissu conjonctif avec hyperémie comprimant et étranglant les tubes nerveux.

Le cal volumineux d'une ancienne fracture de la trochlée fut aussi la cause indirecte dans le second cas. Ayant rempli la gouttière intermédiaire à l'olécrâne, le nerf cubital, tiraillé et repoussé, se trouva exposé à des violences extérieures. Une névrite hyperplasique en résulta, la portion correspondante au nerf devint noueuse et la paralysie s'établit ainsi d'une façon lente, mais progressive. Elle était si complète que l'avant-bras était tout atrophié. Des courants interrompus d'abord, puis continus, rétablirent néanmoins les mouvements.

C'est encore à la compression produite par des frottements rudes et prolongés du cubital, résultant de l'action de ramer pendant plusieurs heures, qu'est rapporté le troisième cas. La paralysie se manifesta six mois après. Le nerf était noueux au-dessus du coude. L'électricité et les douches froides triomphèrent de cette paralysie locale.

La dernière observation est semblable à la seconde. La trochlée ayant augmenté de volume à la suite d'une arthrite sèche du coude, la gouttière que parcourt le cubital s'effaça; le nerf devint noueux et douloureux, aussi bien par la pression que spontanément.

C'est donc là une nouvelle cause, celle de la compression du nerf n'est qu'indirecte, car c'est bien la lésion du nerf qui l'a produite. Or, le froid ne peut-il en être la cause? (*Acad. de méd.* février.)

Paralysies par contusion. *Abaissement immédiat de la température.* Tandis que la section d'un nerf mixte, complète ou incomplète, est toujours suivie immédiatement d'une élévation de température dans la partie paralysée, c'est l'abaissement, au contraire, qui se manifeste après leur contusion. M. Weir Mittchel l'avait déjà démontré par deux faits de compression du radial avec paralysie des extenseurs et diminution d'un demi-degré de température à 1° 1. M. Terrillon a confirmé ce fait d'une manière bien plus frappante chez un homme entré à l'hôpital Saint-Antoine

le 16 décembre 1875. Son bras gauche, pris brusquement entre un mur et l'extrémité d'un timon de voiture, ayant porté sur la partie interne et antérieure, au-dessous de sa partie moyenne, une paralysie immédiate de l'avant-bras en résulta. Quinze heures environ après l'accident, ecchymose du bras, mais peu de gonflement. Le nerf médian et le cubital sont augmentés de volume et douloureux, notamment au niveau du radial, mais sans cordon appréciable. Paralysie complète. Contractilité et sensibilité électrique très-diminuées, mais la sensibilité générale l'est peu. Refroidissement très-sensible de l'avant-bras et de la main, qui marquent un abaissement de 7 degrés avec le côté opposé, les trois nerfs du bras ayant été contus simultanément. (*Soc. de biol.* février.)

Sous l'influence de frictions et de l'électricité, la température remonte et s'égalise, tandis qu'elle s'abaisse et descend six semaines ou deux mois après la section. Ces deux caractères différents peuvent donc aider au diagnostic et au pronostic des blessures.

Paralysie du nerf mentonier. Voy. SYPHILIS.

PARASITISME. V. FIÈVRE TYPHOÏDE, INTRODUCTION.

PEPSINE. *Extrait de pepsine à la glycérine.* L'action favorable de la glycérine sur la nutrition et l'assimilation en excitant l'appétit et en régularisant la fonction digestive, l'augmentation de poids qu'elle détermine par la diminution de l'urée qu'elle provoque (V. GLYCÉRISME), ont incité M. Catillon à préparer la pepsine avec la glycérine, suivant le procédé de Wittichs. 10 kilogrammes de muqueuse stomacale réduite en pulpe ayant été traités moitié par le procédé du Codex et l'autre moitié par la glycérine, les deux solutions ont été ramenées exactement au même poids.

10 grammes de chacune d'elles, étendus de la même quantité d'eau et additionnés de la même proportion d'acide, sont mis à digérer avec de la fibrine dans la même étuve.

Après deux heures, l'extrait à la glycérine avait digéré 11 gr. 20 de fibrine, tandis que la solution du Codex contenait encore un grand nombre de fragments intacts. Elle

n'avait digéré que 9 grammes de fibrine en 12 heures de contact. La première est donc bien plus active et puissante.

Ce nouvel extrait à la glycérine digère exactement son poids de fibrine. Une cuillerée à café équivaut à un gramme de pepsine amylacée de bonne qualité.

La solution aqueuse du Codex s'est couverte de moisissures quelques jours après sa préparation, tandis que la même solution, additionnée de la moitié de son poids de glycérine, en était complétement exempte après plusieurs mois de préparation.

La glycérine favorise en outre l'action digestive de la pepsine. Deux poids égaux en ayant été dissous l'un dans l'eau, l'autre dans l'eau additionnée d'un quart de glycérine, le premier n'a digéré que 6 gr. 20 de fibrine et le second 7 gr. 70. Il est donc indiqué de préparer ainsi la pepsine à la glycérine, de préférence à l'eau et à l'alcool comme on le fait, celui-ci paralysant surtout son pouvoir digestif. (*Soc. de thérap.* avril.)

M. Audouard, professeur à l'école de Nantes, traite tout simplement la pulpe stomacale par l'eau, précipite la pepsine par le chlorure de sodium, élimine partiellement ce sel par la dialyse et mêle la solution de pepsine à son poids de glycérine. La retenue d'une faible proportion du chlorure alcalin ne nuit en rien à l'énergie et la conservation du produit.

Cette préparation est excessivement active et presque inaltérable. Elle coagule le lait très-vite et digère à la température de 20 à 25° des quantités de fibrine très-supérieures à celle du Codex comme la précédente. A 40°, elle n'exige qu'un temps très-court.

Placée dans un flacon contenant de l'air, cette solution est restée limpide, sans changement d'odeur ni de couleur, pendant 28 mois et conservant un pouvoir dissolvant intense. Nul doute que la glycérine ne contribue à lui maintenir ces avantages. (*Journ. de pharm. et de chimie.*)

PERCUSSION. Une idée aussi neuve qu'originale a été émise par le professeur Lucke au dernier Congrès des chirurgiens allemands : c'est qu'il ne serait pas impossible de diagnostiquer les lésions osseuses à l'aide de la percussion.

Avec un peu de pratique, dit-il, on arrive rapidement à reconnaître la différence de la note rendue et aussi la douleur produite par un os frappé d'ostéo-myélite, d'abcès, d'avec celle que rend l'os sain. Quelques explications seraient du moins nécessaires sur un sujet si neuf.

Bruit de pot fêlé. Ce signe d'une caverne pulmonaire d'une certaine étendue, superficielle, directement appliquée contre le thorax avec des parois minces, souples, lisses, suivant l'avis de tous les auteurs classiques, n'a pas une valeur absolue, car il peut se manifester dans des conditions opposées, comme M. Nodet en relate un exemple remarquable.

C'était chez un phthisique de 40 ans, entré à l'hôpital pour un *purpura hemorrhagica.* La percussion révèle, au sommet du poumon droit, le manque d'élasticité des parois avec une matité presque absolue. Râles muqueux disséminés dans toute la hauteur des deux poumons avec souffle, pectoriloquie et gargouillement en plus au sommet du côté droit.

Le 6 décembre, 49 jours après l'entrée, on entend pour la première fois le bruit de pot fêlé. Il était manifeste, typique. Le gargouillement avait disparu et, pendant six jours consécutifs, tous les élèves de l'hôpital ont pu produire ce bruit à volonté à chaque instant de la journée, avant ou après les efforts de toux et en percutant mollement ou vivement sur une surface située au-dessous de la clavicule, de 7 centimètres de haut sur 6 de large. Ce bruit disparaît le 12, jour de la mort, et lorsqu'à l'autopsie, l'observateur croyait rencontrer une vaste caverne à la première coupe médiane et verticale du poumon droit, il n'en trouve qu'une pouvant contenir une noix, renfermant quelques mucosités, située profondément à 7 centimètres du sternum et 3 de la paroi costale postérieure. Il est vrai qu'elle était entourée de tubercules ramollis, confluents, avec de petites cavernes de la grosseur d'un pois ou d'une noisette remplies de matière caséeuse. Mais la première seule communiquait avec les bronches par une ouverture très-évidente dans une bronche de trois millimètres de diamètre s'abouchant dans une autre d'un plus grand calibre.

Le bruit de pot fêlé n'indique donc ici qu'une seule chose : c'est la communication d'une cavité plus ou moins

grande creusée dans le tissu pulmonaire et communiquant largement avec les bronches. (*Lyon méd.* n° 6.)

PÉRISPLÉNITE. Elle constitue une fièvre paludéenne continue, fréquente en Roumanie, et qui est souvent confondue avec la fièvre typhoïde. V. Fièvres.

PHIMOSIS. Le retrait et l'hypertrophie des deux lambeaux du prépuce, qui constituent une difformité désagréable sur la plupart des opérés par le procédé ordinaire, ont fait modifier celui-ci de bien des manières. M. Richon, médecin major, l'a pratiqué à l'exemple de M. Isnard par une modification aussi simple qu'ingénieuse, basée sur la grande élasticité de la peau et l'extensibilité de la muqueuse sous-jacente qui lui enlève ces inconvénients.

Ayant eu à retirer une aiguille double de l'urèthre d'un jeune soldat, il fut obligé d'inciser le bord du prépuce pour découvrir le méat. Et voulant, séance tenante, utiliser cette première incision, il porte la lame étroite d'un bistouri, ayant une boulette de cire à la pointe, le long de la face dorsale du gland jusqu'au fond du sillon balano-préputial; le tranchant relevé et agissant d'arrière en avant divise la muqueuse sur la ligne médiane, en respectant la peau qu'il ne traverse qu'au bord libre du prépuce et se terminant ici dans le débridement primitif.

Cette incision du bord de la peau suffit à passer facilement le prépuce derrière le gland par l'ouverture de la section muqueuse. On a ainsi une plaie linéaire qu'il suffit de maintenir par deux points de suture entre le fond du V muqueux à la lèvre cutanée. Après la guérison, le prépuce recouvre le gland comme à l'état normal, son orifice fermé par l'élasticité naturelle de la peau respectée. (*Rec. des mémoires de méd. et chir. militaires*, mai.)

Une certaine habileté, une légèreté de main est sans doute nécessaire pour obtenir bien nettement cette division sous-cutanée de la muqueuse, mais ce n'est là qu'une affaire d'habitude, que le plus modeste praticien peut facilement acquérir. V. ataxie locomotrice.

PHOSPHORE. *Phosphate de soude.* Il convient, suivant M. Luton, dans toutes les maladies où les substances phos-

phorées sont recommandées : débilités organiques, impuissance sexuelle, aménorrhée. A la dose de 1 à 5 grammes, il produit un sentiment de chaleur, quelquefois de la céphalalgie et de la moiteur. Son usage prolongé amène un surcroît d'appétit, l'urine se colore. Le sens génital se relève et s'exalte.

Dans les maladies où l'acte chimique qui constitue l'essence de la fonction respiratoire est en défaut pour une raison quelconque, le phosphate combat l'élément asphyxie. On peut ainsi l'injecter sous la peau, en solution titrée, chez les asphyxiés. Employé à l'intérieur contre le catarrhe chronique des bronches avec emphysème vésiculaire, il a supprimé complétement les accès de dyspnée à la dose de 5 grammes. Il a réussi également en excitant l'appétit contre les phthisies à forme lente, torpide ou de nature scrofuleuse. (*Union méd. du Nord-Est*, nos 1 et 2.)

PHTHISIE. Son unité, établie histologiquement par les anatomo-pathologistes, vient de l'être également par la clinique. Mettant en présence deux observations récemment recueillies, l'une de pneumonie caséeuse chez un garçon de 21 ans, l'autre de tuberculose pulmonaire commune chez une jeune femme, M. Dieulafoy résume, avec son admirable talent d'exposition, sa clarté et sa précision scientifiques, toutes les raisons cliniques et anatomo-pathologiques, les analogies et les différences invoquées pour et contre cette doctrine. Nous les reproduisons sous forme de tableau pour les rendre plus saisissantes.

Pneumonie caséeuse	Tuberculose commune.
	Hérédité marquée.

C'est vrai, ce qui n'empêche pas de voir tous les jours des enfants issus d'une même souche tuberculeuse mourir l'un de tuberculose commune, l'autre de pneumonie caséeuse; et, d'autre part, tel individu atteint de pneumonie à forme lente donnera naissance à des enfants emportés par une méningite tuberculeuse ou tuberculose pulmonaire. Cette transformation et cette promiscuité des deux formes morbides montrent donc bien leur identité.

PNEUMONIE CASÉEUSE.	TUBERCULOSE COMMUNE.
Hémoptysies rares, souvent absentes.	*Hémoptysies fréquentes.*

Il est encore vrai que les hémoptysies sont liées de préférence à la forme tuberculeuse, elles précèdent même l'éclosion du tubercule et peuvent en constituer pendant longtemps le seul prodrôme. M. Guyon a montré que la tuberculisation de la vessie et de la prostate est souvent précédée d'hématurie, pendant des années entières, avant l'invasion de tout autre symptôme. Ce qui n'est pas une raison d'en inférer comme les Allemands l'ont fait, Niemeyer entre autres, à la *phthisis ab hemoptœ* de Morton. Les expériences de MM. Peter, Gerl, Lipmann montrent le contraire. L'hémoptysie est plus fréquente dans la forme tuberculeuse que dans la forme caséeuse, c'est vrai, mais elle est incapable de développer la phthisie.

Pronostic moins grave, action du traitement.	*Pronostic presque toujours mortel.*

Assertion fondée et prouvant irréfutablement que des différentes manifestations de la diathèse, la plus redoutable est la manifestation tuberculeuse, mais sans qu'il y ait, dans ces nuances, de raison suffisante pour en faire deux maladies. Le contraire est démontré par l'expérimentation même, puisque l'inoculation de la granulation tuberculeuse ou du produit caséeux, faite par M. Villemin, provoque indifféremment la phthisie chez les animaux ; ce qui est la démonstration évidente de son unité.

Forme diffuse.	*Forme nodulaire.*

Oui, en s'en tenant, comme Virchow, à l'étroite description du tubercule adulte. A sa période de formation, au contraire, ses éléments sont diffus et infiltrés, infiltration qui se retrouve autour des bronchioles et des petits vaisseaux. Le mot d'*infiltration tuberculeuse*, créé par Laennec, est donc aussi vrai au début du tubercule que dans la pneumonie caséeuse. L'étendue et l'apparence seules diffèrent.

Pneumonie caséeuse.	Tuberculose commune.
Siége au dedans de l'alvéole.	*Siége en dehors de l'alvéole.*

Cette prétention a été réfutée par M. Cornil qui a démontré que l'alvéole prend sa part dans la formation du tubercule.

Origine épithéliale aux dépens de l'endothélium.	*Origine conjonctive aux dépens du tissu conjonctif.*

Cette distinction n'a plus de raison, depuis que M. Ranvier a montré que la cellule plate du tissu conjonctif est parfaitement assimilable à l'endothélium pulmonaire.

Nature inflammatoire.	*Nature tuberculeuse.*

Séparation purement artificielle, car les produits tuberculeux, comme les produits inflammatoires spécifiques, ont la même évolution, grisâtres et demi transparents au début, leurs vaisseaux s'oblitérant lentement, puis devenant opaques et aboutissant également à l'état caséeux, comme l'avait bien vu Laennec sans le microscope. La pneumonie lobulaire caséeuse localisée à quelques infundibula, et développée au voisinage de la granulation tuberculeuse, montre souvent le produit tuberculeux et le produit inflammatoire dans le même infundibulum, de manière à ne pouvoir nier qu'ils sont de même nature. Et de même dans la pneumonie lobaire caséeuse ; seulement les preuves sont moins évidentes, moins nombreuses, et il faut savoir les trouver. La granulation tuberculeuse s'y retrouve toujours à l'un de ses stades de formation. Sur 250 autopsies de phthisiques, M. Thaon n'a pas trouvé un seul exemple évident où elles fussent indépendantes. Dès 1867, MM. Hérard et Cornil étaient arrivés au même résultat et subordonnaient tout processus pneumonique caséeux à la granulation. Ces conclusions sont admises par M. Ranvier, comme histologiste, et par M. Lépine. (*Gaz. hebd.* nos 25 et 26.)

Paralysies partielles. Signalées dès 1866 par M. Peter dans sa thèse d'agrégation, comme annonçant la mort très-prochaine des phthisiques, elles étaient sans siége précis ni fixe. Depuis que l'attention est éveillée sur les localisations cérébrales, elles vont en devenir une des preuves les plus

fréquentes. Déjà trois exemples en sont relatés. Le premier, observé par M. Raynaud, était un phthisique, qui, trois jours avant sa mort, fut frappé subitement de paralysie limitée au membre supérieur gauche et surtout dans les muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras. Un ramollissement rouge, grand comme une pièce de vingt centimes à peine, se trouva sur la circonvolution pariétale ascendante, autour d'un tubercule méningé, dans la substance grise formant le fond du sillon de Rolando, à trois centimètres du bord supéro-interne de l'hémisphère. Un exemple semblable a été observé par M. Raymond à l'hôpital Beaujon, chez un phthisique de 22 ans. Des maux de tête violents avec vomissements et vives douleurs dans le bras droit et l'hypochondre furent les prodrômes de la paralysie intermittente de ce membre qui persista jusqu'à la mort. Un amas de granulations tuberculeuses, au niveau des circonvolutions marginales, antérieure et postérieure du lobe gauche, avec épaississement et adhérences des méninges infiltrées de pus et de tubercules à la substance corticale, rendirent compte de cette paralysie. (V. *année* 1876.)

C'est en 1867, que, pour la troisième fois, M. Peter observa chez un jeune phthisique de 19 ans, une paralysie du bras droit, précédée d'engourdissement douloureux et de faiblesse. La température était d'un degré plus élevée que dans le bras gauche, l'extension des doigts était impossible. Des intermittences ont lieu et un accès convulsif avec tremblement général termine la scène, dix jours après le début de cette monoplégie.

Après avoir scruté vainement l'état des nerfs et des vaisseaux du bras paralysé et le plexus brachial, pour en connaître la cause, M. Peter la trouva dans des granulations tuberculeuses dans l'espace sous-arachnoïdien antérieur et le long des petites artérioles émanant de la scissure de Sylvius et montant sur les circonvolutions pariétales. Mais cette observation ne fut éclairée que sept ans après par la découverte des centres moteurs. Elle vient ainsi, avec les deux précédentes, faire un devoir de chercher la cause de ces paralysies partielles, localisées aux membres supérieurs chez les phthisiques, dans quelque lésion tuberculeuse de la surface des circonvolutions du côté opposé. (*Union méd.* n°s 124 et suivants.)

Ces paralysies ne sont donc pas seulement le signe d'un pronostic grave, d'une mort très-prochaine; elles l'expliquent par la méningite tuberculeuse dont elles sont l'expression et intéressent plus ou moins l'écorce de la substance grise des circonvolutions.

Des expériences de M. Tripier tendent à en fixer le siége dans le gyrus sigmoïde. V. PARALYSIES.

Du reste, les phthisiques présentent bien d'autres accidents nerveux divers. Telles sont les névralgies, les douleurs des membres et la sciatique en particulier qui en est le type. Il y a aussi des douleurs de la colonne vertébrale et l'on constate assez souvent, dans ces cas, les points douloureux des apophyses épineuses. On rencontre même, à l'autopsie, des lésions apparentes, comme M. Peter en rapporte des exemples.

Mais il n'en est pas de même des troubles maniaques qui peuvent se manifester peu de jours avant la mort. Ils ne sont ordinairement que la réminiscence de troubles antérieurs et renouvelés par l'état général. (*Idem*, nos 127 et 130.)

Diagnostic différentiel avec le cancer. V. ce mot.

Créosote. L'usage n'en est ni nouveau, ni étonnant, puisque divers produits similaires, comme le goudron et l'acide phénique, ont été et sont encore employés. Mais depuis plus de quarante ans que Martin Solon conclut, dans son rapport à l'Académie de médecine, à l'inefficacité de ce médicament, il n'en avait plus guère été question. Considérant que ce jugement n'était basé que sur son emploi en inhalations, MM. Bouchard et Gimbert en ont fait appel et repris l'expérimentation, si l'on peut dire, sous une autre forme, le premier sur des phthisiques de Bicêtre et en ville, le second sur des phthisiques de Cannes, c'est-à-dire placés dans des conditions tout opposées.

Et d'abord, il fallait se procurer la créosote telle que Reichenbach l'avait découverte en 1830, c'est-à-dire extraite du goudron de hêtre ou de bois, tandis que celle qui se trouve dans le commerce n'est que le produit d'huiles lourdes ou un mélange impur d'acide phénique. Aussi, celle-ci a-t-elle l'odeur bien connue de cet acide, d'une densité de 1040, formant une gelée avec le collodion et donnant une colora-

tion bleue, puis violette dans l'alcool et traitée par le perchlorure de fer neutre ; tandis que l'autre a celle du goudron, marque 1,066, forme une solution limpide avec le collodion et l'alcool, en passant au vert et au brun avec le perchlorure. Les différences sont donc sensibles pour reconnaître celle-ci.

L'action caustique et toxique de ce produit, obtenu par M. Mayet, pharmacien distingué, exigeait aussi une nouvelle préparation pour le faire absorber sans danger et à dose suffisante pour en apprécier les effets thérapeutiques. Des solutions aqueuses au 1,000^{e} ou au 500e et au 100e dans l'huile peuvent être administrées sans danger, mais elles ont l'inconvénient d'obliger à ingurgiter trop de liquide. Quelques cuillerées suffisent au contraire avec le vin suivant :

℞ Créosote pure de goudron de bois........	13 gr. 50
Teinture de gentiane.....................	30 gr.
Alcool de Montpellier....................	250 gr.
Vin de Malaga........................	q. s.

Pour un litre.

2 à 4 cuillerées à bouche par jour, chaque cuillerée à prendre dans un verre d'eau.

On peut encore émulsionner 1 à 2 grammes de cette créosote dans 150 grammes d'huile de foie de morue. Elle est ainsi bien tolérée par l'estomac et ne provoque aucun changement organique à l'état physiologique.

Un adulte bien portant, pesant 65 kilogrammes, et dont la température rectale, le pouls, la respiration et les urines, étaient mesurés exactement matin et soir, pendant vingt-sept jours consécutifs, ayant pris ensuite, pendant sept jours, 20 centigrammes de créosote matin et soir, dissoute dans l'alcool et diluée au 1000e, il n'en résulta aucun changement appréciable dans ces phénomènes. La quantité seule de l'urine augmenta, en raison du liquide ingéré, et sa densité diminua, mais tous ses composés, analysés scrupuleusement avant comme après, restèrent les mêmes, sauf l'acide urique qui diminua d'un tiers environ. Cette expérience démontre donc que la créosote n'a aucune action générale sur les principales fonctions de l'organisme sain, et qu'on peut l'administrer sans danger.

93 phthisiques ont ainsi été traités, 50 hommes et 43 femmes, dont l'âge variait de 15 à 40 ans pour les cinq

sixièmes, et arrivés aux différents degrés de la maladie, sans choix. Ceux qui trouvaient la médication trop désagréable, qui y étaient réfractaires, dont elle augmentait la toux, ou qui n'en retiraient pas de bienfaits, au nombre de 30 environ, se sont écartés et ne sont pas compris dans cette statistique. Tous ceux qui y figurent ont été soumis à la créosote presque sans interruption, pendant toute la durée du traitement : 53 à Cannes — 25 hommes et 28 femmes — et 40 à Paris, dont 25 hommes et 15 femmes.

La dose initiale a été de 40 centigrammes par jour, et maintenue telle chez le plus grand nombre jusqu'à la fin. Elle a été élevée à 60, 80 centigrammes, et même un gramme chez quelques-uns. En voici les effets.

Dès les premières doses, les malades toussent un peu plus fréquemment. La toux est même parfois si exaspérée et insupportable que l'on est obligé d'en suspendre l'emploi. On a dû y renoncer ainsi chez un malade. En général, l'accoutumance s'établit rapidement.

Mais, en excitant la toux, la créosote augmente et facilite l'expectoration, et, après huit à quinze jours de son usage, plus tôt ou plus tard, elle diminue, ainsi que la toux. De là, le retour ou l'amélioration de l'appétit, la cessation de la fièvre et le relèvement des forces. Les sueurs nocturnes sont atténuées ou supprimées; la consomption s'arrête, le poids reste stationnaire ou augmente rapidement pour se ralentir ensuite.

L'amélioration des signes physiques coïncide rapidement avec la diminution de l'expectoration et de la toux qui en est la conséquence. Les râles et les gargouillements disparaissent; l'induration, la condensation du tissu pulmonaire diminue. C'est le meilleur signe, car, tant que l'induration persiste, la fièvre peut toujours se rallumer avec la toux, et l'expectoration purulente avec toutes ses suites. Il s'agit alors de ne pas interrompre le traitement pour les arrêter ou les limiter.

C'est donc sur l'expectoration que la créosote, comme le goudron et les balsamiques, semble avoir une influence spéciale. Elle est surtout manifeste quand elle est purulente. On en a fait ainsi le remède de l'ulcère du poumon. Sous son action, les crachats purulents deviennent muqueux, plus rares et plus petits en restant purulents. Elle en enlève

l'odeur fétide et nauséeuse. L'expulsion de concrétions crétacées s'en est même suivie chez un malade qui est revenu à la santé. Sans avoir pu vérifier, par l'autopsie, si cette incrustation calcaire était le résultat ordinaire de la créosote, les auteurs ont pu observer qu'elle agit le plus efficacement sur l'expectoration.

Non-seulement elle ne provoque pas l'hémoptysie, mais elle la rend plus rare. La température s'abaisse et la fièvre cesse, à mesure que la lésion locale s'améliore. Son administration, à dose élevée, a été suivie d'un abaissement sensible de la température centrale, même dans la phthisie aiguë, comme dans la pneumonie et la fièvre typhoïde, mais passagèrement.

La diarrhée n'est pas influencée par la créosote, mais elle paraît avoir une action stimulante sur la muqueuse gastrique en modifiant les vomissements et en excitant l'appétit et même l'assimilation, d'où résulte l'augmentation du poids et parfois l'engraissement.

L'albuminurie persiste malgré la créosote, mais les sédiments uratiques disparaissent, ainsi que la couleur rouge foncé de l'urine avec la fièvre. Elle ne porte donc son action ni sur celle-ci, ni sur la nutrition ; son effet paraît s'exercer directement sur la lésion locale, comme semblent le démontrer les résultats obtenus.

Il y a eu 25 guérisons *apparentes*, c'est-à-dire disparition complète de la toux et de l'expectoration, cessation de la fièvre et de la consomption, retour de l'embonpoint, suppression des râles bullaires et modification des signes physiques permettant de croire à la disparition de l'induration cicatricielle. C'est donc 27 pour 100. 5 de ces malades, dont le sexe n'est pas différencié, étaient au premier degré et 20 autres au second, 17 étaient traités à Cannes et 8 seulement à Paris ; la proportion est donc beaucoup moindre ici que là, soit de 20 à 32 pour 100.

Les *améliorations*, caractérisées par le retour de l'embonpoint ou l'arrêt de la consomption, la diminution durable de la toux et de l'expectoration coïncidant avec une diminution ou l'état stationnaire des signes physiques, se sont élevées à 29, soit 31 pour 100, dont 15 à Cannes et 14 à Paris. C'est dire qu'elles ont prédominé ici. 3 de ces malades étaient au 1er degré, 20 au 2e et 6 au 3e.

L'état stationnaire ou les aggravations constituent les insuccès. Il y en a eu 18 : 8 à Cannes et 10 à Paris, soit 19 pour 100; 15 malades étaient au 2e degré et 3 au 3e.

Des 21 morts, soit 23 pour 100, 13 étaient à Cannes et 8 à Paris; 12 étaient au 2e degré et 9 au 3e.

Les résultats montrent que la médication créosotée a été avantageuse dans les 8 cas du 1er degré, dans 40 sur 67 au 2e, et dans 6 seulement sur 18 au 3e. Pas plus à Cannes qu'à Paris, aucun phthisique au 1er degré n'est mort, aucun n'a guéri au 3e, comme c'est la règle générale avec toutes les autres médications. La balance totale s'établit donc par 54 cas heureux et 39 malheureux. La rechute plane, il est vrai, sur un certain nombre des premiers, mais ne fussent-ils que de moitié sur un tel groupement fait sans choix, que le résultat serait encore très-digne d'attirer l'attention sur cette médication. (*Gaz. hebd.*, nos 31, 32 et 33.)

Des observations faites dans les hôpitaux de Paris, avec cette solution créosotée, il résulte qu'elle est très-désagréable au goût et difficile à prendre, surtout pour les enfants. M. Dujardin Beaumetz l'a modifiée ainsi pour la rendre plus supportable :

℞ Créosote pure de bois..................	6 grammes.
Alcool..................................	250 —
Vin de Bagnols..........................	q. s. pour un litre.

Mêlez.

Les malades s'habituent rapidement à cette solution dont l'effet a été généralement avantageux en diminuant l'expectoration et en augmentant les forces des phthisiques.

En remplaçant le vin par du sirop de groseilles qui masque mieux le goût de la créosote, M. Cadet de Gassicourt la fait prendre aux enfants sans difficulté. (*Soc. de thér.*, 14 novembre.)

Note sur l'emploi de la créosote vraie, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par MM. Charles Bouchard et Gimbert (de Cannes). In-8.

Salicylate de soude. Il eût été bien étonnant que ce nouveau médicament ne fût pas essayé aussitôt, surtout en Angleterre. M. Douglas Powel l'a expérimenté à l'hôpital Brompton, dans les cas où la fièvre se montre d'une ma-

nière intermittente et indique l'usage de la quinine. La forme hectique dépendant, suivant lui, de l'absorption purulente dans les cavernes, il a pensé aussi qu'il pouvait avoir une action antiseptique favorable. C'est ainsi qu'il l'a donné à un jeune phthisique, arrivé à la troisième période avec une fièvre hectique intense et des cavernes dans les deux poumons. Un gramme de salicylate fut donné le 20 octobre dans la solution suivante :

℞	Sirop de limons........................	2 grammes.
	Teinture composée de chloroforme......	5 gouttes.
	Eau.................................	30 grammes.

Dès le lendemain, la température était très-abaissée, mais la faiblesse du pouls et la céphalalgie obligèrent d'en cesser l'usage. Il fut repris et continué ensuite avec le même succès.

Dans un second cas analogue, le salicylate fut donné à la même dose toutes les quatre heures. La température diminua de 2° pendant la fièvre. Elle se maintint ainsi en écartant les doses.

Ce sel peut donc rendre des services contre la fièvre et surtout comme antiseptique; moins irritant que l'acide, il est plus facile à administrer. (*Lancet*, n° 4.)

Douches froides. Contrairement à la croyance qui les fait sévèrement interdire non-seulement aux phthisiques, mais à ceux qui sont prédisposés à le devenir, le docteur Sokolowski en préconise l'emploi dans ces cas, d'après l'expérience qu'il en a fait. Il est vrai que c'est à l'hôpital de Gobersdorf, en Silésie. 105 malades y ont été soumis, pendant les années 1874 et 1875, dont 74 avaient eu des hémoptysies plus ou moins considérables, savoir :

66 cas d'infiltration tuberculeuse limitée, avec catarrhe des sommets et hérédité.

19 cas d'infiltration plus étendue, sans symptômes de consomption accentués.

33 cas de consomption non douteuse, avec état général satisfaisant.

L'application des douches a duré de six semaines à six mois, après quoi, en y joignant l'air et le régime, 39 malades, appartenant presque tous à la première catégorie, ont pu être considérés comme guéris, 34 améliorés nota-

blement, 19 moins sensiblement, 7 sans résultat, 3 aggravations et 4 morts.

C'est donc dans la période prodromique et lorsque la phthisie est acquise que les douches sont indiquées, d'autant plus que souvent, dans ces cas, la tuberculisation n'est que supposée. De là les succès obtenus. L'essentiel de leur indication est un état général satisfaisant et l'absence d'hérédité. (*Berliner med. klinic.*)

Injections phéniquées. Chez plus de cent phthisiques de la clientèle privée ainsi que de la policlinique de Vienne, Schnitzler a pratiqué, en juin et juillet derniers, des injections hypodermiques avec une solution de une ou deux parties d'acide phénique. Une ou deux seringues étaient injectées chaque jour, en une fois ou deux, dans le dos ou sur la poitrine.

Une chute rapide de la fièvre avec abaissement de la température, ralentissement avec augmentation de force du pouls, en ont été les résultats ordinaires. La respiration est même devenue plus facile avec diminution de la lassitude et des douleurs des membres, mais rarement de l'insomnie, et seulement après des injections répétées.

Continuées pendant deux à quatre semaines, ces injections n'ont causé qu'une sensation de brûlure un peu plus durable que les injections morphinées, et c'est tout; jamais elles n'ont provoqué d'abcès.

Ces expériences n'ont pas encore permis de constater les effets de ces injections sur la marche de la phthisie ; ce n'est qu'en les répétant que l'on pourra s'en convaincre.

Atropine contre les sueurs. Un nouveau témoignage très-puissant de l'efficacité de ce moyen est fourni par M. Vulpian. Ayant expérimenté, dans son service clinique, le sulfate d'atropine en pilules d'un demi-milligramme contre les sueurs des phthisiques notamment, elles ont été constamment arrêtées dans une centaine de cas. Une à deux suffisent. (*Acad. de méd.* novembre.) C'est donc la confirmation des succès précédents obtenus à l'hôpital Bellevue de New-York et à celui des phthisiques de Ventnor par le même sel, depuis que Sydney Ringer a découvert, en 1872, l'action de la belladone contre la transpiration. (V. *années* 1872-73 et 74.)

De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs patholo-

giques et notamment contre les sueurs nocturnes des phthisiques, thèse inaugurale soutenue à la Faculté de Paris, le 8 août 1877, par le docteur I. Royet.

Résumé des observations faites à ce sujet par M. Vulpian avec l'historique des applications précédentes.

PLACENTA. *Rôle physiologique.* Un cas d'atrophie rencontré par M. Lawson Tait sur les quatre cinquièmes de sa surface, alors que l'enfant était vivant et bien développé, lui fait admettre que cet organe est moins exclusivement destiné à la nutrition de l'enfant qu'on ne le croit généralement. Ce n'est guère plus qu'un poumon, et les eaux de l'amnios sont un plus important auxiliaire pour la nutrition du fœtus.

Dans ce cas, en effet, cet organe avait un volume relativement petit; les deux tiers de sa surface étaient d'un jaune sale, d'une consistance ferme et charnue, tranchant avec la partie saine qu'elle entourait comme un croissant, par une épaisseur très-diminuée. Les cotylédons sains n'étaient pas entremêlés avec la partie atrophiée. Une injection par la veine distendit facilement la partie saine et remplit complétement ses vaisseaux, tandis que quelques-uns seulement étaient traversés dans la portion atrophiée; au microscope, les villosités en étaient ratatinées et même disparues en grande partie; les tuniques des petites artères très-épaissies, surtout la musculaire, d'où la diminution de leur calibre et même leur oblitération. Des cellules à noyaux, allongées, fusiformes, constituaient cette membrane, entourée d'un tissu canaliculé contenant des cellules et par lequel a lieu la nutrition et l'accroissement de la tunique musculaire, suivant l'auteur. (*Obst. society of London*, 1876.)

De nouvelles expériences faites par M. Porack en administrant 25 centigrammes à l'avance d'iodure de potassium à des femmes, peu de temps avant leur acouchement, ont permis de constater que l'urine du nouveau-né, examinée quarante minutes après, présente toujours la réaction caractéristique de ce sel. Son absence auparavant et son augmentation progressive ensuite lui font dire que le placenta est un organe d'absorption et d'élimination pour le fœtus. L'urine de l'enfant mort-né ne donne pas cette réaction. (*Journ. de thérap.* 25 septembre.)

Insertion sur le col. Dans l'insertion centre pour centre, le docteur R. Davis prétend que beaucoup plus de mères et d'enfants seraient sauvés si l'on avait en vue la délivrance par la tête, quand elle se présente, au lieu de faire la version, suivant la pratique généralement adoptée. La mortalité des enfants, suivant cette méthode, est des deux tiers et un tiers des mères d'après la statistique, l'hémorrhagie en étant la cause presque unique. Prévenir cet accident est donc le but principal à atteindre.

Étant établi par les délivrances spontanées que le placenta se détache ordinairement du côté où son insertion est la moins étendue, il tend à imiter artificiellement ce procédé de la nature. A cet effet, aussitôt que la dilatation admet deux ou trois doigts dans le col, il introduit la main dans le vagin et s'assure, par le toucher entre l'utérus et le placenta, sans détruire leurs rapports, de quel côté celui-ci est le plus détaché du col. Ce sera toujours le côté où l'insertion est la moins étendue. Introduisez alors deux ou trois doigts de ce côté entre l'utérus et le placenta jusqu'au bord de celui-ci, et, en l'accrochant avec le bout des doigts, ramenez-le du côté opposé. Les membranes, attirées en même temps, viennent boucher le col et leur rupture est facile. La tête vient alors se mettre à leur place et presser sur le col en faisant cesser l'hémorrhagie. En suivant ce procédé, il a toujours eu la faculté de laisser ensuite l'accouchement se terminer naturellement ou d'appliquer le forceps.

C'est là, on le voit, une simple modification du procédé de Barnes, mais elle semble plus efficace puisque la dilatation subséquente pas plus que la pression de la tête ne peuvent être entravées, la portion du placenta détaché étant complétement mise de côté, et ne pouvant plus arrêter l'accouchement comme dans le simple détachement de Barnes.

Dans le cas où des hémorrhagies commandent d'agir avant que la dilatation ait commencé, il faut les réprimer par tous les moyens connus, mais hâter surtout celle-ci avec les dilatateurs, l'éponge préparée, le tampon, etc. L'insertion la moins résistante cédera ainsi et permettra le détachement et le déplacement, comme il est dit ci-dessus.

Sur 28 cas de placenta previa ainsi traités, 2 mères seulement sont mortes : une d'hémorrhagie post-partum et l'autre d'une embolie cardiaque en s'asseyant sur son *lit*

une heure après la délivrance. 12 enfants sont nés vivants, 16 mort-nés dont 4 n'étaient pas viables. (*Adress in obstetrics.*) Au contraire, sur 19 cas de placenta previa relatés par le professeur Braun de Vienne qui, depuis dix ans, enseigne l'emploi du procédé ci-dessus, 14 ayant été traités par la version ont donné 7 mort-nés et 7 enfants vivants, 10 mères ont guéri et 4 sont mortes. Des 5 autres cas laissés à la nature, il y eut 3 mort-nés et toutes les mères ont guéri.

La version, suivant M. Davis, doit être réservée pour les cas de présentation transversale ou quand la tête ne peut être saisie avec le forceps. (*Boston med. and surg. journ.* n° 7.)

Suivant le docteur Thomas, tous les cas d'insertion vicieuse du placenta, révélée par des hémorrhagies préalables, doivent être traités par l'accouchement prématuré, car le travail est ainsi sous le contrôle de l'accoucheur et toute hémorrhagie est prévenue. Les avantages sont égaux pour la mère et l'enfant, car un enfant bien portant, né à huit mois, a autant de chances de vie qu'un enfant affaibli né à terme. (*American journ. of obstetrics*, 1876.)

Sur l'unité du type anatomique du placenta chez les mammifères et l'espèce humaine, et sur l'unité physiologique de la nutrition des fœtus chez tous les vertébrés, par le professeur Ercolani de Bologne ; un volume in-4° avec 5 planches.

Étudiée simultanément par M. Turner en Angleterre, M. Kolliker en Allemagne et par M. Ercolani en Italie, cette question vient de recevoir une solution anatomique et physiologique conforme au titre ci-dessus exprimé. (*Journ. de l'anat. et de phys. de Robin*, octobre, n° 5.)

PLEURÉSIE. L'adhérence du poumon aux parois costales, par suite de traumatisme ou d'une pleurésie antérieure, sinon d'adhérences formées avant l'épanchement, peut laisser percevoir la respiration et la sonorité dans certains points plus ou moins localisés, malgré un épanchement très-abondant, au point de déplacer le cœur. Mais, en pareil cas, il y a toujours d'autres points mats et sourds de la surface thoracique. Un cas s'est ainsi présenté dans le service du docteur Rambaud chez un homme de 44 ans, sans antécédents héréditaires ni morbides. La respiration

s'entendait tout le long de la colonne vertébrale et la ponction retira cependant deux litres et demi d'un liquide rougeâtre, couleur groseille, ce qui doit toujours éveiller des craintes, de même que l'existence du murmure vésiculaire, en cas de pleurésie, doit toujours faire redouter la présence des tubercules.

L'homme mourut, en effet, et l'autopsie révéla non-seulement des adhérences dans la gouttière vertébrale, mais des tubercules au sommet.

Une pleurésie, succédant à la guérison d'une blessure pénétrante de la poitrine, laissait également entendre des bruits pulmonaires en arrière et en bas. Trois médecins distingués, réunis en consultation, reconnurent la présence d'un épanchement, mais, trompés par le murmure vésiculaire, ils le crurent abondant et ne pratiquèrent pas la thoracentèse. Le malade succomba subitement peu de jours après et l'autopsie trouva quatre litres de liquide et une adhérence produite par la cicatrisation. (*Lyon méd.* n° 21.)

Pleurésies diaphragmatiques par propagation. De même que, dans certains cas, la péritonite succède à la pleurésie, comme plusieurs exemples en sont relatés (V. *année* 1873), il se confirme que celle-ci succède à la péritonite, comme divers auteurs l'ont déjà signalé. Bon nombre de pleurésies avec épanchement séro-albumineux ou purulent, de celles surtout qui succèdent à la parturition, — qui jusqu'ici ont été considérées comme les conséquences d'une pyrexie, d'un état général spécial grave, frappant d'emblée la séreuse pleurale, comme elle aurait pu atteindre une ou plusieurs séreuses articulaires, — sont simplement la conséquence, suivant M. Laroyenne, de l'extension de la phlegmasie pelvienne au péritoine et successivement à la plèvre; 9 fois sur 10, elle se propage ainsi. On peut assister, durant la vie, à la marche ascendante de cette propagation dont les effets se retrouvent à l'autopsie répandus non-seulement sur la surface péritonéale, mais aussi sur une plus ou moins grande hauteur de la séreuse thoracique. Cette dernière est toujours nécessairement altérée dans la région du diaphragme et celle avoisinante.

C'est ainsi qu'il en a observé de nombreux exemples à la Charité de Lyon, dans le service de la Maternité. Aussi

croit-il que l'épidémie de fièvre puerpérale avec complication de péritonite et épanchement pleurétique, relatée par M. Charrier à la Maternité de Paris, n'étaient que des pleurésies par propagation.

La communication directe et facile de la cavité abdominale avec les lymphatiques du thorax, démontrée chez les animaux, explique d'ailleurs cette propagation, non-seulement dans la péritonite puerpérale, mais dans la péritonite simple, comme plusieurs médecins ont eu l'occasion de l'observer. (*Soc. des sc. méd.*, décembre, et *Lyon méd.*, n° 1.) V. ÉPANCHEMENTS.

PNEUMONIE. Il n'est pas jusqu'à cette maladie dont les Allemands cherchent à dévoiler la nature par l'expérimentation. Le docteur Heidenhain l'a essayé de la manière suivante à l'Institut pathologique de Breslau sous la direction du professeur Cohnhein. La respiration d'un air surchauffé fut essayée en introduisant dans la trachée une canule munie d'un long tube chauffé à volonté. L'expérience durait de quinze à trente minutes et plus, et l'animal était sacrifié de trois à sept jours après. Or les poumons furent toujours trouvés parfaitement sains, de même qu'après l'inspiration d'un air glacé. Aucune réaction n'a été rencontrée.

La conclusion est donc que la vraie pneumonie croupale ne peut être provoquée par l'irritation des voies respiratoires. (*Virchow archiv*, vol. 7.)

Pneumonie zymotique ou miasmatique. Cette forme spéciale existerait, suivant le docteur Barella, concurremment avec la fièvre typhoïde à l'état épidémique et serait produite par le même agent : le miasme typhogène s'exerçant sur la muqueuse respiratoire, comme il produit la fièvre typhoïde en agissant sur la muqueuse digestive. La distinction est subtile, comme on voit, car, agissant d'une manière identique dans les deux cas, les deux maladies doivent souvent se compliquer. Aussi, celle-ci s'accompagne-t-elle souvent de phénomènes abdominaux qui la font confondre au début avec la fièvre typhoïde.

Voici les caractères qui lui sont assignés : début souvent brusque, sans malaise antérieur. Absence du point de côté, les complications pleurétiques étant moins fréquentes que

dans la pneumonie inflammatoire. Son siége diffère également. Forme adynamique, elle ne dépasse guère la première période et guérit souvent avant l'hépatisation rouge, mais se termine fatalement aussi dans la huitaine.

L'auteur paraît avoir fait cette distinction pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde de Bruxelles, en 1869 et 1871, par la mortalité élevée de la pneumonie qui régnait simultanément. Son règne non interrompu en 1870 a annoncé la récidive de la première en 1871. (*Acad. de méd. de Belgique*, février.)

Il est permis de se demander si cette forme spéciale n'est pas tout simplement due à l'influence de la constitution médicale régnante et s'il y a rapport de cause entre ces deux maladies.

PRIX. Une question s'est élevée en Angleterre à propos du dernier prix d'Astley Cooper accordé à deux auteurs allemands, MM. Eulenberg et Guttman, pour un seul mémoire envoyé sous leur nom. Le testament de l'illustre chirurgien disant que ce prix sera accordé « à l'*auteur* du meilleur mémoire dont *le nom* et l'*adresse* seront indiqués dans un pli cacheté », plusieurs des concurrents exclus, s'en tenant rigoureusement à la lettre, mettent en doute que les commissaires de l'hôpital Guy aient pu légalement l'accorder ainsi à deux auteurs ayant collaboré ensemble. Le fait est que la position est inégale, puisque le travail est double ici. Pourrait-on ainsi admettre le travail de trois ou quatre collaborateurs? Et cela est d'autant plus étrange que les deux collaborateurs allemands ont publié dernièrement un mémoire sur le même sujet. Aussi un procès va-t-il être intenté au jury par les concurrents, avec demande de dommages-intérêts pour le temps employé à leurs mémoires et l'argent dépensé en préparations anatomiques et aux planches envoyées à l'appui. Il sera d'un intérêt général d'en connaître la solution.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

1878. **Prix de l'Académie** : De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement; 1,000 francs.

Prix Portal : Anatomie pathologique des cartilages articulaires; 2,000 francs.

Prix Civrieux : Du rôle du système nerveux dans les maladies aiguës; 1,000 francs.

Prix Capuron : Des modifications des sécrétions buccales pendant la grossesse et des conséquences que ces modifications peuvent entraîner; 1,000 francs.

Prix Barbier : Moyens de guérison de maladies incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra-morbus, etc.; 4,000 francs. Des encouragements sont accordés à ceux qui atteignent le but de plus près.

Prix Godard : Au meilleur travail sur la pathologie interne ; 1,000 francs.

Prix Lefèvre : Traitement de la mélancolie; 2,000 fr.

Prix Orfila : (Voy. *année* 1875).

Prix Saint-Lager : (Voy. *année* 1873).

Prix Rufz de Lavison : (V. *année* 1876).

Prix Falret : Rechercher quels sont les meilleurs éléments de pronostic dans les différentes formes de maladies mentales; 1,000 francs.

Prix Desportes : Au meilleur travail de thérapeutique ; 2,000 francs. Des récompenses peuvent être accordées aux travaux qui approcheront le plus du but exigé pour le prix.

Prix Buignet. Applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales; 1,500 francs.

Les mémoires et les ouvrages destinés pour ces prix doivent être adressés, dans les formes académiques ordinaires et *franco*, à l'Académie avant le 1er mai 1878. Ceux destinés aux prix Godard, Barbier et Desportes peuvent seuls porter le nom de leurs auteurs.

SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE. (Voy. *année* 1876.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Prix Fauré. Etudier les avantages et les inconvénients de l'alimentation de la classe peu aisée par les diverses viandes conservées, tant françaises qu'étrangères.

600 francs de récompense à décerner à la fin de 1878.

Adresser franco les mémoires, écrits en français ou en latin et dans les formes académiques, à M. Douaud, secrétaire général, allée de Tourny, 10, à Bordeaux, jusqu'au 31 août 1878.

La question de l'étude microscopique du sang, indiquée en 1876, est en outre prorogée jusqu'en 1879 pour l'envoi des mémoires. (Voy. *année* 1876.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

1878. — Étude comparée des maladies qui sévissent habituellement dans les différents quartiers de la ville de Lyon; 300 francs de récompense.

1879. — Études expérimentales sur les végétaux inférieurs que l'on a donnés comme causes de certaines maladies infectieuses (coqueluche, rougeole, fièvre paludéenne, etc., etc.); 700 francs de récompense.

Les mémoires, adressés dans les formes académiques ordinaires, doivent être parvenus *franco* au docteur P. Diday, secrétaire-général, 8, rue de Lyon, pour la première question avant le 1er novembre 1878 et pour la seconde le 1er novembre 1879.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON.

1879. — De l'influence qu'ont exercée et que pourront exercer les Sociétés protectrices de l'enfance sur la mortalité des enfants, sur la législation et sur la famille.

En raison de l'importance de cette question, un prix exceptionnel de 500 francs sera décerné par la Société, dans la séance publique de janvier ou février 1879, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Le délai pour l'envoi des mémoires à M. le Secrétaire-général, place des Célestins, 7, est prorogé jusqu'au 1er décembre 1878 exclusivement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

I. Déterminer la nature des lésions anatomo-pathologiques des différentes maladies des centres encéphalo-rachidiens et des nerfs, y compris celles des affections désignées sous les dénominations de névroses et de névralgies. Médaille de 1,000 francs.

II. Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. Médaille de 600 francs.

III. Faire une étude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage — étiologie, symptomatologie, nature et traitement chez les animaux domestiques — et joindre, autant que possible, à la réponse, des pièces d'anatomie pathologique, à l'appui des opinions qui seront établies. Médaille de 800 francs.

Les mémoires pour ces concours devront être parvenus au secrétariat de l'Académie avant le 1er février 1879.

L'Académie décerne en outre, chaque année, deux prix de 300 francs aux auteurs belges des deux mémoires manuscrits et non anonymes relatifs aux sciences médicales, qu'elle jugera dignes de ces récompenses.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÉGE.

Elle décerne chaque année un prix de 500 francs avec le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie, des accouchements, de la pharmacie ou de l'art vétérinaire. Le prix peut être divisé.

Le travail ne doit pas excéder cinq feuilles d'impression, soit 80 pages, et est publié dans le Bulletin mensuel des annales de la Société.

Il doit être adressé à M. le docteur Davreux, secrétaire général, rue de la Casquette, 33, à Liége, et parvenir avant le 1er août de chaque année.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE TURIN.

Prix Bressa. Fondé pour être alternativement délivré tous les deux ans, l'un aux savants du monde entier et

l'autre aux Italiens exclusivement, ce prix sera décerné pour la première fois, en 1879, aux savants du monde entier qui auront fait la plus grande découverte du 1er janvier 1875 au 31 décembre 1878. Toutes les sciences mathématiques, pures et appliquées, dans l'ordre expérimental, la physique, la chimie, la physiologie, l'histoire naturelle, la géologie, la pathologie, l'histoire, la géographie et la statistique. Le montant du prix est de 12,000 francs.

Le second prix sera réservé exclusivement aux Italiens, et sera donné en 1881 et ainsi de suite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE MADRID.

I. Critique des théories de pathologie cellulaire, en comparaison des avantages et des inconvénients qu'elles offrent pour la classification et le traitement des maladies.

II. Vérifier la loi ou les lois physiologico-pathologiques qui déterminent la bénignité ou la malignité des néoplasies.

Prix Alvarez Alcala. I. L'origine des principes actifs des plantes médicinales et des parties de l'organisme végétal où ils se rencontrent.

II. Quelle influence peut avoir en pathologie et en thérapeutique la solution affirmative ou négative du problème de l'unité ou la multiplicité des forces naturelles.

3000 réaux (750 fr.), avec une médaille d'or, le titre de membre correspondant et 200 exemplaires du mémoire imprimé, seront la récompense des lauréats. Des accessits consistant en une médaille d'argent et le titre de membre correspondant seront aussi accordés.

Prix del Busto. Biographie ou bibliographie critique de Bernardino Montana de Montserrat.

1000 réaux de récompense avec diplôme spécial et le titre de correspondant. Un accessit sera aussi décerné.

Tous les mémoires, écrits lisiblement en espagnol ou en latin, doivent être parvenus franco et dans les formes académiques au secrétariat de l'Académie, rue des Cedaceros, n° 13, avant le 1er septembre 1878. Les prix seront décernés dans la séance publique qui a lieu au commencement de 1879.

HÔPITAL DU MASSACHUSETTS.

Prix Warren. 1880. — Question au choix sur des observations originales en physiologie, chirurgie ou anatomie pathologique ; 2,000 francs.

Le prix triennal est décerné par un jury des médecins et chirurgiens de l'hôpital. Le dernier a été accordé à la fin de 1877 au docteur O. Shakspeare pour son mémoire sur la guérison des artères après la ligature, mais les travaux étrangers sont tous admis au concours. Ils doivent être parvenus *franco* avant le 1er février 1880 à M. Hodges, secrétaire-général du Comité, à l'hôpital général de Boston (*Massachusetts*), U. S. of America.

PROLAPSUS. Cette hernie libre ou extérieure, comme on peut l'appeler, est d'autant plus irrémédiable que l'ouverture ou le canal par lequel elle se produit est plus large et distendu. Réduire et fermer cette ouverture, comme dans le prolapsus traumatique, n'est pas toujours possible, l'exercice régulier des fonctions s'y oppose et c'est ainsi que différentes méthodes sont mises en pratique contre le prolapsus de l'utérus.

Prolapsus utérin. *Cloisonnement partiel.* Aux différents moyens employés pour retrécir le vagin, comme la cautérisation ou l'excision de lambeaux de la muqueuse, sinon l'occlusion complète, qui ne peut guère être appliquée que chez les vieilles femmes, M. L. Lefort, ingénieux à perfectionner les procédés existants, vient d'ajouter une modification qui, en rétrécissant le vagin et en l'obturant partiellement, assure d'autant mieux la guérison et prévient ainsi la récidive en conservant la fonction de l'organe.

C'était chez une blanchisseuse de 48 ans, mère de trois enfants, qui présentait un prolapsus considérable de l'utérus avec entraînement de la vessie et absence de la fourchette. Or, chez cette malade comme chez tant d'autres, ce n'est pas l'utérus, le col qui se montrait le premier, mais bien la paroi antérieure du vagin, c'est-à-dire la cloison vésico-vaginale poussée au dehors par la vessie, et ce n'est que consécutivement que se montre l'utérus, séparant, écartant de plus en plus les parois vaginales antéro-postérieures qui doivent normalement se trouver en contact.

C'est basé sur cette issue préalable de la muqueuse antéro-postérieure du vagin que se fonda M. Le Fort pour exécuter une modification plus simple, facile et efficace, que les procédés antérieurs, en suturant ainsi ces parois latéralement sur une certaine hauteur. C'est cloisonner le vagin verticalement, mais on sait que cette conformation gêne à peine l'accouchement et permet la copulation. Voici comment il opéra.

L'utérus étant hors de la vulve, deux avivements de 6 centimètres de long sur 2 de large furent pratiqués aussi près que possible de la vulve en avant et en arrière; l'utérus étant réduit, de manière à mettre les deux extrémités de ces surfaces avivées en contact dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus, trois points de suture furent appliqués sur ce bord transversal; puis, de proche en proche et en réduisant au fur et à mesure l'utérus, les bords latéraux furent suturés en passant le fil de l'avivement vésico-vaginal à l'avivement vésico-rectal, en laissant une longueur suffisante aux extrémités des fils pour les reconnaître et les saisir facilement. La réduction de l'utérus fut complète par cette opération, d'autant plus simple qu'elle se fait au grand jour et à l'extérieur, sans aucune des difficultés de l'opération longue, laborieuse et fatigante qui se pratique au fond du vagin par les autres procédés.

La guérison fut rapide et sans complication, pas même de fièvre traumatique. La largeur de la fourchette obligea seule de pratiquer un avivement ultérieur de cette partie avec une suture à double étage qui, en rétablissant cet angle, assure une guérison durable et définitive. (*Soc. de chir.* février.)

Anneau pessaire à tige. Modification de l'anneau pessaire de Meigs, ce nouvel instrument, imaginé par M. Dumontpallier, se compose d'un anneau pessaire de 6 à 7 centimètres de diamètre avec une tige rigide de 20 à 25 centimètres de longueur, fixée sur l'arc antérieur. A 2 ou 3 centimètres de son insertion, cette tige peut être courbée suivant la forme et l'étendue nécessaire, à chaque cas particulier, de manière à ne pas déterminer de pression sur les parties antérieure ou postérieure de la vulve. Elle vient s'appuyer sur une plaque pubienne maintenue en place par

une ceinture ou des sous-cuisses. Si l'anneau simple suffit à maintenir réduite la hernie de l'utérus compliquée de cystocèle et de rectocèle, lorsque le périnée et l'anneau vulvaire présentent assez de résistance pour soutenir l'anneau et l'empêcher de franchir la vulve, il n'en est plus de même contre le prolapsus utérin. La tige est alors indispensable.

Une cuisinière de 32 ans, atteinte d'un prolapsus utérin au 3e degré avec cystocèle et rectocèle, ne pouvait plus se livrer à ses occupations malgré l'usage du pessaire Gariel. L'utérus mesurait 13 centimètres du col au fond, c'est-à-dire avec allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale. L'anneau pessaire à tige fut appliqué et, depuis le mois de décembre, elle peut se livrer à ses occupations sans fatigue ni douleur, le prolapsus étant parfaitement réduit. (*Soc. de chir.* février.)

Du traitement du prolapsus utérin par les opérations chirurgicales, par le docteur A. Dard. Paris. Étude très-bien faite des plus récents procédés pour remédier à cette triste infirmité.

Prolapsus du rectum. *Perchlorure de fer.* Le docteur Gelineau donne la préférence à cet astringent sur l'acide azotique employé par divers chirurgiens. Voici comment il l'emploie.

Le malade étant couché sur le bord du lit, la cuisse relevée sur le ventre comme pour donner un lavement, on tire la fesse supérieure, de manière à découvrir la marge de l'anus renversé qui est garni de coton. On badigeonne alors toute la muqueuse herniée avec un pinceau imbibé de perchlorure. Après avoir laissé sécher à l'air, une grosse mèche de longs brins de charpie, liée au milieu, on en coiffe l'index, et, imbibée de la solution affaiblie, on l'introduit dans l'infundibulum en repoussant le plus haut possible le rectum hernié. Les doigts de la main gauche l'aident au besoin pour faire remonter le bourrelet muqueux et le maintiennent en place pendant que l'on retire l'index par des mouvements en vrille.

Un volumineux tampon de charpie imbibé de la même solution affaiblie est ensuite appliqué sur l'anus assujetti avec un bandage en T. Le séjour au lit et l'absence de garde-robes favorisent le resserrement du rectum.

La mèche est retirée le lendemain seulement en la tordant sur elle-même, le malade étant dans la même position que la veille. Puis on injecte, avec une longue canule huilée, deux cuillerées à bouche d'une solution étendue de perchlorure et sans mèche; on renouvelle le pansement de la veille en le continuant les deux jours suivants. Le quatrième, le malade qui ne s'est pas nourri prend un looch à l'huile de ricin qui provoque une selle sans contractions intestinales.

Le même traitement est applicable aux enfants en étendant la solution et en n'introduisant pas de mèche. On donne ensuite du sirop diacode pour tenir l'enfant endormi, prévenir ses cris et ses efforts. (*Tribune méd.* 1876.)

Sans être caustique comme l'acide azotique, le perchlorure de fer agit comme styptique et détermine la crispation, le resserrement des vaisseaux et des tissus.

PROSTATE. L'hypertrophie de cette glande ou les autres maladies qui en augmentent le volume, en formant un obstacle à l'émission de l'urine, provoquent des maladies plus ou moins graves de la vessie. De là les efforts faits pour lever cet obstacle. C'est ainsi que le professeur Heine, d'Inspruck, a proposé d'injecter une solution iodurée dans le tissu même de la glande comme fondant, afin d'en obtenir la résolution. Mais l'épreuve faite par le professeur Dittel, de Vienne, dans un cas de simple hypertrophie, n'a pas confirmé les succès qu'on espérait de ce moyen. La solution était ainsi composée :

℞ Iodure de potassium	8	grammes.
Teinture d'iode	90	—
Eau distillée	60	—

4 gouttes furent injectées dans le corps même de la prostate à plusieurs reprises et à intervalles de plusieurs jours. Il ne s'ensuivit aucune irritation ni réaction immédiate, mais, dès la troisième injection, des symptômes inflammatoires se montrèrent avec abcès consécutif qui dut être ouvert. L'inflammation augmenta et s'étendit à toutes les parties voisines, et il fut bientôt nécessaire de pratiquer la ponction sus-pubienne de la vessie.

Malgré tous les soins et après plus de six mois de traitement, le malade succomba. Deux vieux abcès furent rencontrés au siége même des piqûres, avec suppuration géné-

rale des parties circonvoisines. Il n'y a donc pas lieu de recourir à un moyen si dangereux. (*New-York med. Record*, octobre 1876.)

Bien plus simple et sans danger est la dilatation par l'urine elle-même en la retenant quelques instants dans le canal par le pincement de l'urèthre au-dessous du gland ou simplement du méat. M. Bérenger Féraud en a obtenu des résultats satisfaisants chez des vieillards, quand l'hypertrophie partielle ou totale de la prostate déformait plus ou moins le col de la vessie et la portion correspondante du canal. Les premières gouttes d'urine, émises avec difficulté et douleur, agissent alors efficacement pour remplir le canal quand le méat est comprimé. La contraction de la vessie s'accroît contre cet obstacle et elle se vide ensuite complétement, sans difficulté ni douleur. (*Bull. de thérap.* 30 septembre.)

Au lieu de s'attaquer directement à l'obstacle, M. H. Thompson a cherché à le tourner, suivant la méthode anglaise. Contre le rétrécissement cancéreux et infranchissable du rectum, les chirurgiens pratiquent la colotomie sans hésiter, comme la gastrotomie contre le rétrécissement infranchissable de l'œsophage. Il introduit donc au-dessus du pubis une canule courbe, ressemblant à celle qui est employée après la trachéotomie, afin de maintenir une ouverture permanente pour l'issue de l'urine. (*Clin. lectures on diseases of the urinary organs*, 1876.)

C'est après l'incision de la paroi abdominale, comme dans la taille par le haut appareil, que le professeur Dittel ouvre la vessie avec une sonde à dard. Mais il admet que la simple ponction capillaire suffit dans les cas de rétention aiguë pour que l'écoulement par la voie uréthrale se rétablisse.

Accidents dyspeptiques. Cette hypertrophie de la prostate peut déterminer la paralysie de la vessie et provoquer ainsi des accidents dyspeptiques qui forment l'appareil symptomatique prédominant, tant que l'émission de l'urine a lieu par regorgement. Un homme de 59 ans ne se plaignait ainsi que du défaut d'appétit, de mauvaises digestions et de sa maigreur croissante. La langue est sèche et sale, il y a soif vive. Ce n'est qu'à la percussion que le docteur Four-

rier, de Compiègne, constate une matité étendue jusqu'au-dessus de l'ombilic et dans les flancs avec une élasticité rénitente. Le malade urinait beaucoup. Son urine, claire et limpide, ne contenait ni sucre ni albumine. Le jet était seulement moins fort. Ce n'est que par le cathétérisme que l'on acquit la certitude d'un obstacle prostatique. La sonde n° 7 put seule pénétrer dans la vessie, après un trajet de 21 centimètres, d'où s'écoula cinq litres d'urine sans jet fort. La matité disparut, et, l'hypertrophie prostatique du lobe moyen étant confirmée par le toucher rectal, il restait la paralysie vésicale. Le cathétérisme journalier rétablit bientôt les fonctions digestives, mais la paralysie de la vessie persista. (*Union méd.*, n° 16.)

Le même fait s'est reproduit à l'observation de M. Hérard chez un homme qui accusait, comme symptôme dominant et presque unique, une soif vive avec sécheresse insupportable de la bouche. Appétit nul, digestion difficile des rares aliments liquides ingérés. Perte considérable des forces, amaigrissement prononcé, dépérissement général.

L'appareil digestif ne décelant aucune lésion, le malade fut interrogé sur sa fonction urinaire. Il urinait bien et représente une urine claire, normale, abondante, sans sucre ni albumine et rendue sans la moindre douleur. L'exploration de la région hypogastrique fit reconnaître néanmoins une tumeur volumineuse, rénitente, mate à la percussion, formée par la vessie distendue. Une hypertrophie de la prostate fut découverte comme la cause de tous les accidents dyspeptiques, et il suffit, en effet, de pratiquer le cathétérisme pour les voir disparaître et obtenir le retrait de la vessie. Cet homme mange, boit et digère parfaitement, et il ne lui reste que la nécessité de se sonder lui-même quatre ou cinq fois par jour, à cause de la persistance de l'hypertrophie prostatique.

Un homme de 73 ans éprouva, à la fin de 1875, un dégoût prononcé pour les aliments, suivi de vomissements alimentaires glaireux ou bilieux. Constipation habituelle. Miction facile, mais fréquente, avec des interruptions dans le jet. L'urine, parfois louche, ne contenait ni sucre ni albumine.

Des caillots sanguins, noirâtres, volumineux, ayant été rendus par l'anus, le malade fut envoyé aux eaux et traité sans amélioration. Revenu à Paris, il présenta une tumeur

hypogastrique dure, remontant jusqu'à l'ombilic, à laquelle furent attribués tous les accidents. Les urines, abondantes, ne présentaient rien de particulier, sinon un peu louches, sans dépôt appréciable. Mais le malade, pâle et affaibli, ne digérait plus que du lait et encore avec des nausées et des vomissements.

C'est alors que M. Hérard, appelé en consultation, constata que cette tumeur était formée par la vessie distendue. Son siége, sa forme, sa rénitence ne permettaient pas le doute, et le cathétérisme, pratiqué séance tenante, confirma le fait. Malheureusement, une hypertrophie considérable de la prostate provoquait des douleurs et des contractions spasmodiques en le pratiquant. Les urines devinrent purulentes, et le malade, affaibli, succomba à la fin de l'année.

Plus démonstratif encore est le fait observé par le docteur Legallois chez un homme de 45 ans, quant à l'urgence de traiter de bonne heure ces accidents. A la suite d'une péricardite avec épanchement, traitée par les vésicatoires, n'ayant jamais eu le moindre retentissement sur la vessie, la pression et l'œdème étaient disparus; il reprenait des forces et s'était remis à ses fonctions de greffier, le 15 novembre, lorsqu'à partir du 10 décembre les fonctions digestives devinrent pénibles; le ventre était tendu, enflammé, la soif vive et les selles rares. Il en écrivit à son médecin, qui demeurait à 20 kilomètres, le 25 décembre seulement, pour consulter à cet égard, mais sans demander sa visite. Le 1er janvier, une dépêche le mandait en toute hâte. Le malade était en pleine urémie. Le cathétérisme élimina quatre litres d'urine claire et limpide, une hypertrophie considérable de la vessie fut constatée; subdelirium continu. Un consultant fut demandé, et, malgré un traitement énergique, le malade succomba dans la nuit. (*Union méd.* n° 31.)

Il en fut de même du malade du docteur Tison. Agé de 66 ans, cet homme en paraît 70, avec maigreur extrême, et athérôme du système artériel. En proie à des troubles dyspeptiques qui cèdent d'abord aux toniques, il est repris, le 7 novembre, de rapports inodores, vomissements, langue saburrale et sèche, constipation. La vessie forme une tumeur globuleuse et rénitente remontant jusqu'à l'ombilic. La miction se fait par un jet filiforme avec de grands efforts et la contraction des muscles abdominaux.

Le malade refuse de se laisser sonder, parce qu'il urine suffisamment. Les troubles gastriques disparaissent encore une fois, lorsque, au mois de février dernier, le malade, de plus en plus faible et n'urinant plus, demande à être sondé. Une contraction spasmodique s'y oppose, et ce n'est que le 24 que la sonde passe sur une résistance de la prostate. Trois litres d'une urine claire, limpide, sont extraits, mais la vessie ne revient pas sur elle-même, et cet homme meurt, le lendemain 27 février, dans le coma, sans avoir éprouvé le moindre mouvement fébrile. (*Idem*, nº 38.)

Ces quatre observations, envoyées si rapidement pour faire écho à la première, semblent montrer la fréquence de ces accidents dyspeptiques dont la cause était encore méconnue hier. C'est une maladie des vieillards sur laquelle il y a à porter la plus grande attention.

Plus heureux a été le malade du docteur Dubuc, malgré sa négligence, et sans doute en raison de son âge moins avancé. Il avait 59 ans et éprouvait, depuis un an, de la lenteur dans l'émission de l'urine, sans besoins plus fréquents, avec un suintement uréthral jaune, sanguinolent, qui attira surtout son attention. Son médecin, l'attribuant à une irritation prostatique, proposa une exploration que le malade refusa.

L'augmentation des accidents l'y força bientôt. Dès le commencement de 1876, il y avait une sécheresse extrême de la bouche et du pharynx qui empêchait le malade de manger par le défaut d'insalivation. De là l'amaigrissement et la perte des forces. Développement du bas-ventre avec gêne et plénitude; constipation et même vomissements.

Un médecin de Rouen, consulté, diagnostiqua après examen une hypertrophie de la prostate avec dilatation considérable de la vessie et hydronéphrose. Le cathétérisme pratiqué matin et soir donnait chaque fois un litre d'urine, sans complication de cystonéphrite.

Aucune amélioration ne se manifestant après une dizaine de jours, le malade vint à Paris. La bouche était si sèche qu'il en était gêné pour parler. Salive acide, langue noire, soif prononcée. Au toucher, la prostate était lisse, uniformément hypertrophiée, du volume d'une petite orange. Urèthre libre, sauf l'obstacle léger causé par cette glande. Jet d'urine sans force, bien que le cathétérisme ait donné,

immédiatement après, trois quarts de litre d'une urine claire, acide, sans sucre ni albumine. Pas de douleur ni d'empâtement dans la région rénale.

Le cathétérisme journalier fut élevé à trois fois, puis à quatre, avec gargarismes d'eau de Vichy, eau de Vals aux repas, en entretenant la liberté du ventre. La langue se nettoya bientôt, et l'appétit revint. Un mois après, cet homme avait repris de l'embonpoint, des forces et la plénitude de la santé, mais en continuant à se sonder. (*Idem*, n° 42.)

Il est évident, par ces faits, que l'hypertrophie de la prostate est l'origine de tous les troubles digestifs. Elle ouvre silencieusement la scène pathologique. Par suite de l'obstacle existant au col de la vessie, l'urine est rendue incomplètement et s'accumule dans le bas-fond de l'organe, sans produire de tumeur appréciable. Mais déjà les troubles digestifs apparaissent, déterminés probablement par l'intoxication urineuse. Puis la vessie, perdant de plus en plus sa contractilité physiologique, se laisse distendre, et alors une tumeur plus ou moins volumineuse se montre au-dessus du pubis, en même temps que les troubles digestifs augmentent. L'intérêt de ces faits et la difficulté du diagnostic résident dans ce point, que cette rétention incomplète de l'urine ne s'accompagne souvent d'aucun symptôme apparent du côté des voies urinaires. Le malade urine bien, il urine même abondamment; les urines sont claires, et, à côté de ces symptômes négatifs du côté de la vessie, se montrent des troubles digestifs graves qui attirent exclusivement l'attention et la détournent du véritable siége du mal.

La question thérapeutique n'est pas moins importante que la question diagnostique. Une fois la cause de la dyspepsie reconnue, c'est avec la plus grande prudence que les cathétérismes doivent être pratiqués au début. Il faut savoir, et, avant de commencer le traitement, il est bon de prévenir la famille des malades, que les moyens chirurgicaux indispensables à la guérison ne sont pas sans présenter de réels dangers. Si la vessie, distendue, est ramenée trop rapidement à son volume ordinaire par des cathétérismes trop fréquents, il peut en résulter une inflammation vésicale dont les conséquences sont quelquefois excessivement sérieuses. Il est donc nécessaire (et c'est un point sur lequel

M. Guyon insiste particulièrement dans ses leçons cliniques de l'hôpital Necker) de procéder avec lenteur, pour habituer les organes aux instruments, et de n'évacuer l'urine que graduellement et par petites quantités à la fois. En agissant ainsi, on réussira le plus généralement, non pas à guérir l'hypertrophie de la prostate, mais à redonner à la vessie le ressort qu'elle a perdu, et, en supprimant l'intoxication urineuse, on guérira les accidents dyspeptiques qui en sont la conséquence.

Perforation de la vessie. Cette symptomatologie insidieuse est d'autant plus importante à connaître que la cystite résultant du séjour permanent de l'urine dans la vessie et la distension de ce réservoir peuvent déterminer des accidents formidables dans le bassin. Un homme de 65 ans, entré le 15 mars 1877 dans le service de M. Duplay à l'hôpital St-Louis, en offrit un exemple remarquable. Il entrait pour une rétention d'urine survenue après un léger excès de boisson; mais, depuis sept à huit ans, il éprouvait de la difficulté à uriner avec besoins fréquents et jet moins volumineux et moins fort. Une hypertrophie considérable de la prostate fut aussitôt constatée, et, malgré que l'urine put être évacuée, il se développa une tuméfaction croissante de la région hypogastrique, avec matité et douleur excessive à la pression. Malgré l'introduction d'une sonde à demeure, le gonflement alla en augmentant avec un état général qui détermina la mort le 24 mars.

Une incision cruciale permit de constater, à l'autopsie, une vaste cavité, occupant toute la région hypogastrique, à parois anfractueuses, limitée en avant par les muscles abdominaux réduits en putrilage noir gangréneux et, en arrière et en haut, par une membrane épaisse, brunâtre, grisâtre, recouverte d'un pus épais et adhérent. Elle est formée par le péritoine décollé et isole ainsi la collection purulente des intestins et de la cavité péritonéale absolument saine. Le fond de cette vaste collection s'étend le long des parois postérieure et latérale de l'abdomen, à gauche depuis la fosse iliaque jusqu'au diaphragme, fusant sous le rein et de même à droite, si ce n'est un peu moins haut. Elle répond à la vessie, et, en insufflant celle-ci par l'urèthre, une perforation est découverte, large comme une pièce de cinquante cen-

times, établissant une communication entre la cavité anormale et la vessie. (*Archiv. de méd.*, avril.)

Traité des maladies de la prostate, par le professeur H. Picard; un vol. in-8° de 406 pages, avec 83 figures.

PSORIASIS. Sa dégénérescence en cancroïde ou épithélioma tend à s'étendre depuis que celui de la langue, l'ichthyose des Anglais ou tylosis d'Ullmann, est convaincu de subir assez souvent cette transformation. (V. *année* 1874.) M. Tillaux en a observé un exemple irrécusable sur un homme de 55 ans, d'une bonne santé apparente, qui en 1866 avait consulté M. Hardy pour une dartre dans le dos qu'il qualifia de *plaque de psoriasis isolée.* Ce diagnostic était confirmé deux ans, malgré l'ulcération, et M. Bazin l'appela également ensuite *adénome ulcéré*, que M. Hardy qualifia de *cancroïde* le 15 octobre 1874.

A l'examen, le 17 mai dernier, M. Tillaux constata une tumeur énorme de la région dorso-lombaire, ayant la largeur d'un fond de chapeau d'adulte, occupant en largeur toute la région, qu'elle débordait à gauche au delà des apophyses épineuses. En profondeur, l'examen histologique a montré que cette dégénération épithéliomateuse comprenait toutes les couches de la peau, les glandes sudoripares du tissu conjonctif, l'aponévrose du muscle sacro-lombaire, tellement qu'il a dû être dénudé en grande partie. D'où l'enseignement de l'exciser aussitôt son ulcération.

Cette incision, commencée avec le thermo-cautère, a dû être terminée avec le bistouri, car une fumée épaisse, asphyxiante, ne permettant pas de voir le champ opératoire, empêcha de continuer.

S'il est vrai que toute irritation de la peau ou des muqueuses : plaies de cautère, de vésicatoire, chéloïdes et même de simples cicatrices, peut donner naissance au cancroïde, la fréquence de cette dégénérescence, observée en Angleterre après le psoriasis de la langue, doit éveiller l'attention après celui de la peau. (*Soc. de chir.*, mai.)

Acide acétique. En 1872, le docteur Buck, médecin de l'hôpital de Lubeck, rapportait, dans le *Berliner med. Wochenschr.*, plusieurs faits à l'appui de l'efficacité de cette nouvelle médication.

Traitant dans son service un jeune homme atteint de psoriasis général, il employa régulièrement, pour un bras une pommade au nitrate d'argent, pour l'autre la teinture d'iode, et pour les membres inférieurs l'acide acétique. Ce dernier fut de beaucoup le plus avantageux et amena la disparition complète de l'affection, au bout d'un temps relativement court.

Voici son procédé :

Après un bain savonneux chaud pour ramollir les plaques, on enlève les squames au moyen d'une petite brosse en crin. L'acide acétique est appliqué alors sur les régions affectées au moyen d'une éponge ou d'une grosse brosse de peintre. Bientôt on voit les parties malades pâlir, puis s'injecter et se gonfler légèrement. La cuisson dure une demi-heure en moyenne; puis les plaques se détachent et ne reparaissent plus après la cinquième ou la sixième application. En persistant sur d'autres parties, elles sont de moins en moins épaisses.

Le docteur Fock, d'Utrecht, a confirmé ces résultats par un succès éclatant chez un artilleur de forte constitution, né à la campagne de parents sains. Son affection cutanée datait de huit années. D'après son dire, elle n'existait, à son entrée au service, que sur les extrémités et sous la forme guttata. Depuis lors, de larges squames avaient envahi successivement toutes les parties du corps, à l'exception de la face. Il avait pris, pendant seize mois consécutifs, la liqueur de Fowler, et avait eu recours aux frictions d'huile de cade, de pommade au goudron et aux badigeounages de teinture d'iode. Jamais les plaques n'avaient complétement disparu.

Assuré qu'il n'existait chez ce malade aucune trace de syphilis, M. Fock fit l'application de l'acide acétique. Au bout de deux mois, il quittait l'hôpital complétement guéri.

On se trouve bien d'une seule application par jour; lorsque l'injection persiste, on attend deux ou trois jours avant de renouveler le badigeonnage.

Si le malade est fort et ne craint pas la douleur, il peut être bon d'entretenir une certaine inflammation. Celle-ci s'accompagne parfois d'une petite hémorrhagie, mais amène souvent une fonte des plaques par suppuration.

Les applications d'acide acétique sur les parties saines produisent un effet presque insensible.

Il faut surveiller attentivement ce traitement. Des badigeonnages faits d'une façon intempestive peuvent donner lieu à des accidents très-graves. (*Archives médicales belges.*)

R

RATE. *Tuméfaction.* V. Syphilis.

REINS. Ayant administré de 25 centigrammes à un gramme d'iodure de potassium à des femmes peu de temps avant leur accouchement, M. Porack s'est assuré que l'activité éliminatrice de ces organes ne commençait qu'après la naissance, comme la respiration. Ce n'est que 30 à 40 minutes après que l'urine du nouveau-né donne la réaction caractéristique. Nulle auparavant, comme chez l'enfant mort-né, elle est de plus en plus marquée ensuite et persiste ainsi pendant quatre à six jours après la naissance suivant la dose, tandis qu'elle cesse 36 heures après chez la mère. Le nouveau-né élimine donc plus lentement et accumule davantage. Fait très-important à observer, quand on fait subir un traitement aux femmes enceintes ou aux nourrices. (*Journ. de thérap.*, 15 septembre.)

Leur topographie n'a rien de fixe d'après l'examen que le docteur Pansch en a fait sur 100 cadavres. En les fixant sur place avec de grandes aiguilles et en mesurant leur distance avec les organes avoisinants, il a constaté que de très-grandes différences individuelles existent non-seulement dans leurs dimensions, mais encore dans leur situation et la direction de leurs axes. L'axe transversal varie parfois ainsi d'un côté à l'autre chez le même individu. Leur extrémité supérieure est à un centimètre environ des faces latérales des vertèbres ; tandis que l'extrémité inférieure est à 75 millimètres de leur ligne médiane de la colonne vertébrale, soit environ 15 centimètres entre ces deux extrémités.

Jamais il n'a vu le bord inférieur atteindre la crête iliaque. Leur séparation est de 4 à 5 centimètres, et même 6 et plus. La longueur de l'axe longitudinal étant de 103 à 110 millim., le bord supérieur est de 14 à 18 centimètres de la crête iliaque. Dans le tiers des cas, Pansch a constaté, comme Luschka, que ce bord supérieur dépassait le cul-de-

sac pleural. C'est donc là un fait qui a son importance pour l'emploi de la thoracentèse.

La percussion du rein n'a pas donné de résultats précis en raison de l'épaisseur des tissus et de la capsule adipeuse. La limite inférieure ne peut surtout être déterminée. Il vaut donc mieux s'en rapporter à ces données anatomiques. (*Arch. für anat. phys. de Dubois-Reymond*, n° 3, 1876.)

L'extirpation en a été faite par le docteur Langenbuch dans un cas assez singulier. C'était chez une femme de 32 ans, accusant des douleurs sourdes et profondes dans la région rénale gauche, depuis dix-huit mois, et devenues intolérables. Rien d'anormal à l'inspection, mais le toucher découvre une tumeur douloureuse dans l'épaisseur des muscles lombaires se continuant vers le rein. Elle est très-dure, sphérique, circonscrite et mobile, d'un diamètre de 6 à 8 centimètres. Urine normale.

Une incision s'étendant de la douzième côte à la crête iliaque la mit à nu, mais elle ne put être isolée qu'avec beaucoup de peine de la masse musculaire et d'un tissu cicatriciel très-dense l'environnant. Une dissection très-laborieuse et le décollement avec l'ongle permirent de l'extraire. C'était le rein gauche complétement atrophié et transformé en une coque fibreuse très-résistante adhérente aux tissus voisins, sans aucune trace de néoplasme. Grâce au pansement de Lister, l'opérée quitta l'hôpital, un mois après, parfaitement guérie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, n° 24.)

RÉSECTIONS. Elles paraissent singulièrement en honneur dans la chirurgie allemande, car elles ont fait les principaux frais du Congrès de ses chirurgiens cette année. Après le professeur Hueter, qui a cherché à démontrer que la résection partielle du coude est préférable à sa résection totale, qu'il s'agisse de traumatismes ou de lésions chroniques, au point de vue de l'innocuité comme des résultats, M. Ogston est venu vanter la résection de la saillie osseuse du condyle interne dans le *genu valgum*. Puis Esmarch relate six cas de résection de la tête de l'humérus, et le docteur Schede présente plusieurs enfants ayant subi la résection de la tête du fémur avec des résultats excellents. Wolkmann présente aussi une résection du genou. Pour un stock limité d'autres travaux, c'est beaucoup. On a surtout agité et discuté la

plus-value des résections partielles sur les résections totales dans les plaies de guerre, mais la statistique comparée de 1222 cas a montré qu'elles ont donné une mortalité égale de 23 pour 100. (*Berlin. klin. Woch.*, nos 22 et suivants.)

Résection sous-cutanée du col du fémur. Créée et perfectionnée par les chirurgiens anglais, cette opération est encore loin d'être universellement adoptée, et les indications en sont encore mises en question. La rupture artificielle est ainsi préférée en France à cette ostéotomie sous-cutanée. (V. *année* 1876.) Aussi son auteur, M. W. Adams, fait tous ses efforts pour en montrer les avantages, l'innocuité et les contre-indications.

Il a recueilli à cet effet, depuis la fin de décembre 1869 qu'il l'a pratiquée pour la première fois, 22 observations publiées ou non de cette opération, dont 5 lui appartiennent. Onze chirurgiens l'ont suivi dans cette voie et, sur ces 22 résections 2 seulement ont été fatales, l'une à la suite de pyémie et l'autre d'une suppuration prolongée chez une fille de 18 ans ayant une maladie des reins et des tubercules pulmonaires. Ce résultat est donc un puissant témoignage en faveur de l'innocuité de cette opération, dont le danger est beaucoup diminué par le chirurgien quand il en choisit bien les cas.

Elle est spécialement indiquée, suivant lui, quand l'ankylose est la suite d'un rhumatisme aigu, d'abcès, ou d'une constitution strumeuse arrêtée à son début. Dans les autres cas, et surtout quand la tête du fémur est détruite en partie, il ne faut pas la pratiquer. Celles de M. Gant et de M. Maunder sont plus praticables. (*Roy. med. and chir. Society*, 10 octobre 1876.)

Une statistique considérable des résections des plus grandes jointures des extrémités faites aux Etats-Unis, collectée par le docteur Culberston, donne les résultats suivants :

Sur 121 résections de la hanche pour coups de feu, il n'y a eu que 13 guérisons sur les 119 résultats connus. D'où la conclusion qu'elle ne peut être entreprise dans le but de donner un membre utile, mais simplement comme une ressource chirurgicale pour sauver la vie. Sur 472 résections pour maladies, dont 241 partielles, la mortalité la plus grande a été dans la résection du col du fémur. C'est là son

centre, dit l'auteur, et la proportion diminue à mesure que l'os est réséqué en dehors, mais elle augmente au contraire à mesure qu'elle avance en dedans sur les os pelviens. Elle a été encore plus élevée dans les résections complètes de l'article. Il y a eu seulement 90 guérisons, dont 42 ont obtenu un membre utile.

Résection du genou. Sur 700 cas de cette opération pratiquée pour la première fois en 1762 par M. Filkin, de Northwich, la mortalité a été de 25 pour 100 dans la pratique privée et de 87,5 à l'hôpital dans les cas de coups de feu; au contraire, de 30,76 pour 100 dans la pratique privée, et de 25 seulement à l'hôpital dans les cas de maladie. Les résultats sont meilleurs chez les hommes que chez les femmes. L'âge de 15 à 20 ans est le plus favorable pour opérer après les coups de feu et de 5 à 15 dans les maladies. Les résultats ont été de 58,82 pour 100 de membres utiles dans la résection pour coups de feu, et sur 431 cas pour maladie il y eut 420 guérisons, dont 14,38 pour 100 de membres parfaits et 42,45 de membres utiles.

Les Anglais appellent membres parfaits ceux où le mouvement se rétablit dans l'articulation, comme M. Annandale en a obtenu un exemple sur une fille de 10 ans, opérée en novembre 1872. Une incision semi-lunaire pratiquée au devant de la jointure permit d'enlever les deux condyles du fémur, la rotule et l'extrémité supérieure du tibia, en respectant les cartilages de conjugaison. Lorsque l'opérée quitta l'hôpital, en juin 1873, la plaie était cicatrisée, mais sans ankylose des os. Le cas était donc considéré comme un demi-succès.

Examinée le 7 mars 1877, l'opérée présentait une jointure régénérée, mobile, la flexion se faisant presque à angle droit. Le membre était normalement développé. et cette fille marchait sans douleur. Un pouce et demi de raccourcissement provoquait seulement une légère claudication. C'est donc là un résultat parfait. (*British med. journ.*, 21 avril.)

Résection du coude. 330 cas en sont rapportés par M. Culberston, dont 45 pour coups de feu. Ceux-ci ont donné une mortalité plus élevée que la suite d'autres blessures. Aucune des résections pour maladie ou difformité n'a été mortelle,

mais un grand nombre n'a donné qu'un membre plus ou moins utile.

Sur 21 cas opérés par une simple et courte incision à l'hôpital général de Boston pendant les dix dernières années, le docteur Hodges a obtenu 15 succès, c'est-à-dire la conservation du membre et celle des mouvements du coude, de l'avant-bras, de la main et des doigts. Dans 14 cas, l'excision a eu lieu à la suite de blessures, de traumatismes intéressant l'articulation; 9 guérisons en sont résultées avec un membre utile et 5 morts dont 2 en dix-huit heures des suites de la blessure, 1 de tétanos et 2 de septicémie. Que les deux premières résections eussent été différées de quelques heures, et l'on aurait ainsi une proportion de 9 guérisons pour 3 insuccès seulement.

Dans 4 résections pour maladie de l'articulation, tous les opérés ont guéri en se servant de leur bras.

Des 3 résections pour difformité et inutilité du membre, 2 opérés ont guéri et la 3e est morte d'hémorrhagie.

Toutes ces guérisons ont été constatées au moment de la publication, c'est-à-dire trois à dix ans après l'opération; des lettres, des héliotypes constatent que les opérés se servaient utilement de leur membre. L'un d'eux, forgeron, est représenté se servant de son bras gauche raccourci, pour frapper sur l'enclume comme auparavant. Le dernier opéré, datant seulement de huit mois, écrit que son bras gagne chaque jour de la force, mais sans pouvoir encore dire ce qu'il sera capable d'en faire.

Il est évident que l'amputation n'aurait pas donné de tels résultats, et cette statistique favorable est de nature à étendre l'emploi de cette résection. Elle laisse toujours un bras plus utile que celui qui est ankylosé après la fracture simple. Le professeur Busch, de Bonn, a réséqué ainsi avec succès l'articulation du coude, après une luxation irréductible de la tête du radius, avec pronation et supination rétablies. Plus ces résultats augmenteront dans la pratique civile, plus la résection sera employée en pareil cas. (*Boston med. and surg. journ.*, janvier n° 1, et 28 juin.)

Résection de l'épaule. Sur 100 cas, M. Culberston n'a trouvé que 2 succès complets après les coups de feu et 22 membres utiles. Dans les cas de blessures, il y eut 12 pour

100 de résultats parfaits. Les résections pour maladies ont donné 9,47 pour 100 de résultats parfaits, 70,52 membres utiles et 4,15 d'inutiles. Quelques résections sous-périostées ont donné aussi de beaux résultats.

On comprend l'importance de cette statistique, qui a obtenu le prix de l'Association médicale américaine, dans les Transactions de laquelle se trouve ce travail, Vol. XXVII.

RESPIRATION. Un phénomène singulier, connu sous le nom de *respiration de Cheyne-Stokes*, a été découvert par ces distingués observateurs de 1816 à 1854. Il consiste dans une irrégularité périodique avec intermittence de la respiration, c'est-à-dire dans une période de pause ou d'apnée, suivie d'une période de dyspnée. La première dure de dix à quinze secondes au moins, puis surviennent des mouvements respiratoires, d'abord petits, superficiels, qui augmentent peu à peu, deviennent extrêmes, dépassent la moyenne et sont ainsi dyspnéiques, pour diminuer ensuite graduellement, comme ils s'étaient amplifiés, jusqu'à l'arrêt complet. C'est ainsi qu'en l'observant à l'Hôtel-Dieu de Lyon, sur un homme de 57 ans, grand, maigre, à face pâle, qui le présenta pendant plusieurs jours, l'interne, M. Biot, put, en soumettant la respiration aux appareils enregistreurs, rendre ce phénomène des plus évidents avec les tracés simultanés du pouls.

Malgré les observations cliniques déjà assez nombreuses de ce phénomène, et les expériences des plus habiles physiologistes pour s'en rendre compte : Traube, Cl. Bernard, Schiff, P. Bert, Budge, on ne sait encore guère à quoi s'en tenir sur sa cause. Stokes en fit d'abord le signe pathognomonique de la dégénérescence graisseuse du cœur, mais on l'observa bientôt, sans cette lésion, dans d'autres maladies organiques du cœur. Le malade de M. Biot avait ainsi un rétrécissement avec insuffisance aortique et mitrale, comme celui de Traube. Puis les Allemands, prétendant toujours pénétrer le secret des phénomènes les plus impénétrables à l'aide de leurs vivisections, en fixèrent le siége dans le bulbe et l'attribuèrent à l'excès et au défaut de son excitation par le sang. CO^2 fut regardé comme la formule nécessaire pour produire cette excitation, et l'on crut ainsi rencontrer ce phénomène dans les hémorrhagies et tumeurs

cérébrales, dans le stade comateux de l'urémie, et à la fin de méningites tuberculeuses quand le malade est privé de connaissance.

Une autre théorie remplaça bientôt celle-ci. Suivant Filehne, le phénomène se produit quand l'excitabilité du centre respiratoire est moindre que celle du vaso-moteur. Il a constaté ainsi que le cœur battait normalement chez ses chiens en expérience, au début d'une interruption des mouvements respiratoires, tandis que les battements diminuent de plus en plus et cessent pour reparaître avec la respiration. La pression artérielle s'accroîtrait ainsi pendant l'apnée, pour cesser au fur et à mesure de la dyspnée marquée par la décoloration des muqueuses et la dilatation des pupilles. Et c'est ainsi que de supposition en supposition, s'étayant les unes sur les autres, dans ces abstractions toutes hypothétiques, on ne sait plus guère à quoi l'attribuer.

Or, voici que M. Biot a constaté précisément le contraire chez le malade dont il relate l'observation *in extenso*. Il a observé le resserrement des pupilles pendant l'apnée, et leur dilatation pendant la respiration, comme Ziemssen l'avait déjà signalé. Ses tracés prouvent, d'une façon matérielle et irréfutable, qu'il y a accélération des battements pendant la pause, comme Bernheim l'avait aussi observé avant lui, ce qui prouve qu'il n'y a pas pression artérielle pendant l'apnée. Donc ce n'est pas le défaut d'excitation du centre respiratoire qui la cause. (*Lyon méd.*, nos 50 et 51, 1876.)

L'étude de ce phénomène curieux, commencé sur un terrain pratique, s'est ainsi affaiblie, perdue, en tombant dans le champ des hypothèses allemandes. Tout ce qu'il en reste, c'est que le chloral, à la dose de trois grammes, fait cesser l'apnée et la dyspnée intermittente en amenant le sommeil. C'est aussi le principal à retenir, tel qu'il ressort de l'observation de M. Biot.

RÉTENTION D'URINE. Causée par une paresse atonique de la vessie et lorsque l'émission de l'urine se fait par regorgement, comme après l'accouchement ou chez les femmes hystériques, elle peut donner lieu à des pesanteurs, des tiraillements, des douleurs dans le bas-ventre qui en imposent pour d'autres lésions plus graves. Une blanchisseuse hystérique entra ainsi à la Charité pour un gonflement

du ventre et des douleurs vagues dans cette région, pesanteur, tiraillements, qui l'empêchent de travailler debout.

M. Gosselin trouve le ventre assez souple, quoique plus gros et tendu que d'habitude, selon la malade; mais la percussion décèle une matité élevée avec douleurs assez vives à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'attention étant appelée sur la fonction urinaire, cette femme accuse de fréquentes envies d'uriner, toutes les heures au moins, et ne peut retenir ses urines. C'est donc une miction par regorgement. Le cathétérisme donne, en effet, immédiatement 400 grammes d'une urine claire, limpide, comme les gens nerveux, une heure après avoir uriné. La plénitude habituelle de la vessie cause tous les accidents.

Il suffit, en effet, de pratiquer le cathétérisme deux ou trois fois par jour, avec le repos et l'usage de quelques antispasmodiques, pour les faire disparaître rapidement. (*Gaz. des hôp.*, janvier.)

D'autres fois, c'est par des troubles dyspeptiques que se manifeste la paralysie même de la vessie. Les malades ne se plaignent pas d'autre chose, tant que l'émission de l'urine se fait par regorgement. — V. PROSTATE.

Rétention incomplète. Deux formes en sont distinguées par M. Guyon : celle qui s'accompagne de distension de la vessie et dont le diagnostic est ainsi facile, et celle qui n'a pas ce caractère comme signe. Il est vrai que, dans le cas de déviation de la vessie, sa distension n'est pas toujours perçue facilement, et elle peut être déjetée à droite ou à gauche, sans qu'une palpation incomplète perçoive cette poche distendue. L'erreur est d'autant plus commune, que les malades n'attirent pas l'attention à ce sujet et l'en distraient, au contraire, par des douleurs tout opposées. Il y a donc lieu de palper toute l'étendue du bassin.

Le diagnostic est moins aisé quand il n'y a pas distension de la vessie, bien que, dans ce cas, la prédominance des phénomènes locaux, comme efforts, douleurs pour uriner, et le besoin fréquent qui s'en fait sentir, attirent plus l'attention des malades. Mais le globe vésical échappant dans ce cas à la palpation et la percussion, il faut recourir au toucher rectal combiné avec la palpation abdominale, pour assurer le diagnostic. Le cathétérisme, fait après la

miction, peut le confirmer et en montrer la gravité par la quantité d'urine que l'on retire ensuite.

A quelque cause que tiennent ces rétentions, actives ou passives, c'est par le cathétérisme, après la miction, qu'il faut les traiter. Vider la vessie artificiellement, lorsqu'elle ne peut se vider seule par un obstacle quelconque, est le seul moyen de lui faire récupérer sa contractilité perdue ou affaiblie. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

RÉTRÉCISSEMENTS. Un nouveau rétrécissement de l'orifice mitral, dit *en entonnoir*, est signalé par M. Durosiez. — Voy. Cœur.

Rétrécissement du larynx et de la trachée. *Dilatation.* Schrotter est peut-être le premier qui ait employé cette méthode curative avec succès. Voici comment M. Thaon l'a vu procéder. Cette dilatation se fait toujours par les voies supérieures, après avoir obtenu l'anesthésie du larynx. (V. *année* 1876.) Chez les sujets trachéotomisés, on fait glisser, dans un tube recourbé, un prisme en zinc triangulaire, à bords arrondis, présentant un petit étranglement à sa partie inférieure qui permet de le fixer en place avec une pince introduite par la fistule trachéale. Un fil solide, fixé à ce prisme, sort par la bouche et s'attache au pavillon de l'oreille.

Après quelques séances préparatoires, la dilatation est graduellement augmentée avec 24 numéros différents de dilatateurs, dont le plus petit mesure 8 millimètres d'avant en arrière, 6 de droite à gauche, et le plus gros, 20 millimètres sur 16. L'accoutumance finit par permettre aux opérés de manger et de passer la nuit avec l'instrument en place. La glotte était normale chez un sujet après 3 mois, et, chez quatre autres, de 6 à 18 mois. La fistule du cou a pu ainsi être supprimée par le rétablissement du passage de l'air à travers le larynx.

Quand il n'y a pas eu trachéotomie, Schrotter se sert de sondes en caoutchouc durci de 26 centimètres de long, à extrémité triangulaire, de la forme des prismes et de calibre varié comme ceux-ci. On les introduit aisément en s'aidant du miroir laryngien, et on les laisse en place pendant 15 à 20 minutes. Les sondes réussissent surtout contre les rétrécissements par diaphragme membraneux après

l'incision de celui-ci. On évite ainsi la trachéotomie. (*Progrès médical,* septembre 1876.)

Les ulcérations provoquées par le tubage de la glotte, et les cas de carie du larynx produits à la suite de la trachéotomie, comme MM. Cartier et Masson en ont rapporté des exemples, font craindre que ces manœuvres prolongées de dilatation du larynx n'amènent également des lésions irréparables et mortelles.

Rétrécissement de l'œsophage. — Voy. GASTROSTOMIE.

Rétrécissements de l'urèthre. TRAITEMENT. La valeur différentielle de l'uréthrotomie interne avec la dilatation est loin d'être établie. L'emploi récent de la première lui a fait d'abord attribuer des avantages sur la seconde, mais en réalité les résultats varient suivant les cas où elles sont mises en usage et surtout selon la manière dont elles sont pratiquées, c'est-à-dire l'habileté, la douceur, le tact de la main qui dirige l'instrument. Voici quelques tableaux comparatifs qui pourront aider à la solution de cette importante question.

Uréthrotomie interne. Préconisée en Angleterre dans ces dernières années, elle y est pratiquée très-fréquemment, surtout depuis que sir H. Thompson l'a proclamée efficace, sûre et certaine, dans les rétrécissements légers dont la goutte militaire — *gleet* — est le signe, suivant le docteur Otis. (V. *année* 1874.) Sur plus de 200 fois qu'il l'a pratiquée, il dit n'avoir eu qu'une hémorrhagie grave, un abcès, deux cas d'infiltration d'urine et deux morts. (*Leçons sur les maladies des organes urinaires.*) Mais on va voir qu'il n'en est plus de même, d'après les comptes rendus statistiques de l'hôpital de University College, et comment ces résultats sommaires doivent être interprétés.

Sur 217 cas d'uréthrotomie interne, 68 seulement s'appliquent à des rétrécissements de l'urèthre; les autres ne sont que l'incision simple d'un méat étroit. Or, sur ce nombre, on compte :

4 décès par septicémie, pyélite, pleurésie et tuberculose, le rétrécissement de toute la longueur de l'urèthre étant tuberculeux dans ce cas, tandis qu'il siégeait exclusivement dans la région bulbeuse dans les trois autres.

14 cas de frissons graves;
8 — d'abcès;
6 — d'hémorrhagies;
4 — de cystite;
3 — de pyélite;
1 — d'hématurie;
1 — d'infiltration d'urine;
2 — d'abcès des fesses;
2 — d'érection permanente;
3 — d'orchite.

Cette longue liste d'accidents et de complications doit donc faire hésiter avant de pratiquer cette opération, quel que soit le siége du rétrécissement, car son rapprochement de l'orifice n'exclut pas les accidents, comme le montre la division suivante :

Région pénienne. 17 cas.	Région bulbeuse. 49 cas.
1 décès;	3 décès;
4 cas de frissons;	19 cas de frissons;
4 — d'abcès;	6 — d'abcès;
3 — d'hémorrhagies;	2 — d'hémorrhagies;
1 — d'infiltration d'urine;	1 — d'érection;
1 — d'érection.	3 — d'orchite.

Dilatation. En comparant les résultats précédents avec ceux obtenus par la dilatation graduelle ou continue, on pourra juger que l'avantage reste encore à celle-ci.

Dilatation graduelle. 30 cas.	Dilatation continue. 87 cas.
1 décès par pyémie;	6 décès, dont 4 de pyélite, 1 de péritonite et 1 de septicémie;
6 cas de frissons;	16 cas de frissons;
1 — de prostatite;	4 — de cystite;
1 — de cystite;	6 — de pyélite;
1 — d'orchite;	2 — d'orchite;
1 — d'abcès.	1 — d'infiltration d'urine.

Il est évident que la dilatation graduelle, c'est-à-dire la méthode la plus douce, est aussi celle qui expose moins aux accidents et à la mort. C'est aussi par ce moyen que l'on obtient le plus grand calibre définitif de l'urèthre, bien qu'employé contre les rétrécissements les plus anciens. D'où l'indication de commencer toujours par là et de ne recourir à la dilatation forcée et continue, qui expose à la déchirure de la muqueuse ou à l'uréthrotomie qui la divise, que dans les cas absolument rebelles. (*Lancet*, n° 25.)

La dilatation du canal par l'urine elle-même, inventée par Brunninghausen à la fin du siècle dernier, comme plus commode et plus simple que les bougies, est remise en honneur par M. Béranger-Féraud. Il suffit pour cela, chaque fois que le malade veut uriner, qu'il comprime légèrement avec les doigts le canal de l'urèthre derrière le gland. Après avoir ainsi retenu l'urine pendant un certain temps, le canal se trouve dilaté dans toute son étendue, et, en répétant ainsi cette opération, on peut obtenir la dilatation des rétrécissements commençants ou peu avancés. Elle est un moyen utile à employer après la blennorrhagie pour les prévenir et après l'uréthrotomie contre la récidive.

Elle peut aussi rendre quelques services dans les cas de varices prostatiques du col de la vessie et de la portion membraneuse de l'urèthre, mais surtout contre l'engorgement de la prostate avec difficulté d'uriner. (*Bull. de thérap.*, septembre.) — V. PROSTATE.

Rétrécissements du col utérin. Ils seraient beaucoup plus fréquents qu'il ne semble, suivant Eklund, de Stockholm, bien qu'au lieu des nombreuses causes communes que leur attribuent les auteurs, comme la blennorrhagie, la blennorrhée, l'accouchement, les ulcérations de la métrite catarrhale, il ne reconnaisse guère que la cautérisation avec les caustiques liquides pour les produire. Voici la nouvelle classification qu'il en établit, d'après l'anatomie pathologique.

1° *Rétrécissements oblitérants.* Il les distingue en totaux lorsqu'ils occupent toute l'étendue du col, et en partiels lorsqu'ils n'en occupent qu'une partie. Ceux-ci sont même parfois perméables, car ils sont ordinairement formés par des brides et des cloisons cicatricielles des orifices ou de la cavité du col. Ils forment ainsi une sorte de filtre en avant de l'utérus permettant au sang et aux sécrétions d'arriver au dehors. Ce sont les *rétrécissements ethmoïdaux*, par opposition aux *rétrécissements imperméables.*

2° *Rétrécissements cicatriciels.* Résultant presque toujours de cautérisations énergiques et mal faites, ils siégent ordinairement au niveau de l'orifice externe du col, où l'on trouve un cercle blanc nacré, perforé à son centre d'un pertuis à peine visible.

3° *Rétrécissements calleux.* Ils arrivent à la suite de

phlegmasies chroniques rebelles, comme les rétrécissements uréthraux, suite de blennorrhagies invétérées. Une métrite catarrhale existe dans la plupart des cas, pour laquelle souvent des cautérisations ont été faites. On les divise en *annulaires, semi-annulaires* et *diffus*.

La prophylaxie de ces rétrécissements est, pour l'auteur, d'éviter les cautérisations trop énergiques en employant de préférence les caustiques liquides ou les astringents. La division avec le bistouri, suivie d'une section de chaque côté avec les ciseaux, lui paraît le meilleur mode de traitement. (*Nord. med. Arkiv*, 1876.)

RÉTROVERSION UTÉRINE. *Position genu-pectorale.* Le *postural treatment* joue un grand rôle pour les médecins américains dans la réduction des déplacements de l'utérus. A la position sur les genoux et les coudes — *Knee elbow position* — vantée pour la réduction du cordon ombilical et le redressement de l'utérus, un perfectionnement vient de s'ajouter : c'est la *Knee and breast* ou *Knee chest position*, c'est-à-dire la position genu-pectorale avec distension du vagin par l'air atmosphérique. Le docteur Mundé ayant essayé en vain, pendant deux jours de suite, de redresser un utérus gravide de dix semaines, la femme étant dans la position à genoux, appuyée sur les coudes, fut fort étonné de voir cet organe reprendre subitement sa position normale au moment où, dans une dernière manœuvre, il relevait fortement le périnée avec le spéculum de Sims, ce qui avait amené une irruption d'air dans le vagin et une distension considérable de ce canal. Un pessaire approprié put ainsi être facilement appliqué, et la femme se trouva débarrassée des symptômes douloureux qu'elle éprouvait auparavant.

En éloignant du petit bassin les viscères abdominaux mobiles et en supprimant leur pression, cette position à genoux et sur le devant du thorax détermine une sorte d'attraction sur les organes pelviens. L'élévation forcée du périnée, en ouvrant le vagin, y fait pénétrer l'air, et la pression atmosphérique, en le distendant, redresse l'utérus.

Cette influence réductrice de la pression atmosphérique a été signalée pour la première fois, à propos de deux faits semblables au précédent, par le docteur Solger, le 11 mai 1875, dans une communication faite à la Société d'obsté-

trique de Berlin. Le docteur H. Campbell en a été l'initiateur aux États-Unis en 1875, et, depuis, un certain nombre d'utérus non gravides ont été redressés par ce procédé. Les adhérences ou l'enclavement très-prononcé de l'utérus peuvent seuls empêcher le succès.

Cette position genu-pectorale est aussi très-favorable pour l'introduction des pessaires. (*Amer. journ. of obstetr. de New-York*, juin et octobre 1876, janvier.) — V. OVARIOTOMIE NORMALE.

RHUMATISME. *Acide salicylique et salicylates.* L'introduction récente de ces agents dans la thérapeutique et les résultats remarquables qui en ont été obtenus, notamment dans le rhumatisme, n'ont pas manqué d'en faire étendre l'emploi aux autres fièvres (Voy. FIÈVRE TYPHOÏDE). Comme dans nos Sociétés françaises, une intéressante discussion a eu lieu à la *Clinical Society* de Londres, sur l'initiative du docteur H. Weber, et à laquelle ont pris part plusieurs membres éminents. Il en est résulté que la salicine, l'acide salicylique et les salicylates sont employés indifféremment et dans les mêmes conditions en Angleterre, mais que la première est le plus souvent sans action, tandis que le second, plus difficile à administrer et moins bien toléré, donne lieu à de fréquents accidents plus ou moins graves. D'où la préférence généralement accordée au salicylate de soude.

Sur 19 rhumatismes ainsi traités, dont 4 d'origine blennorrhagique, M. Weber a obtenu 8 guérisons en deux à quatre jours avec des doses de 15 à 20 grains, d'abord toutes les heures, puis toutes les 2 et 3 heures seulement. Mais un profond collapsus avec délire succéda à la défervescence, et, dans 6 cas, il y eut récidive sans pouvoir continuer le remède à cause de l'intolérance de l'estomac. Une péricardite grave se montra dans un cas, malgré la médication, qui n'eut aucun effet sur l'urèthre dans les quatre cas indiqués. D'où il conclut que la salicine et ses congénères ont une plus grande valeur générale dans le rhumatisme que tous les autres remèdes, mais qu'ils ne sont pas applicables à tous les cas et sont susceptibles de produire des complications, comme bruissements des oreilles, surdité, vertiges, nausées, sueurs abondantes et même une éruption cutanée, vomissements, délire et collapsus.

C'est ainsi que dans un rhumatisme aigu chez un homme de 33 ans, anémique, admis à l'hôpital Saint-Georges, le docteur Carafi ayant administré deux grammes de salicylate de soude toutes les deux heures, une angine se montra bientôt avec une éruption scarlatiniforme et prurigineuse qui aggrava la maladie principale. En pansant une brûlure avec un linge imbibé d'acide salicylique, sir W. Jenner a vu aussi une éruption scarlatiniforme survenir, ce qui témoigne assez que cet effet dépend de son action.

Dans 11 rhumatismes sub-aigus, dont 7 hommes et 4 femmes, le docteur J. Pollock dit n'avoir obtenu que de bons résultats de ce sel, avec des doses de 15 grains chaque heure, en les éloignant davantage dès que les nausées ou d'autres symptômes se manifestaient. Dans deux ou trois cas, il se manifesta du délire avec collapsus qui se dissipa bientôt. Mais les douleurs articulaires reparurent, et il fallut reprendre l'usage du salicylate. Il y eut aussi de la surdité et des bourdonnements d'oreilles. L'abaissement de la température fut rapide, excepté dans un cas où elle s'éleva graduellement, malgré le drap mouillé, et le malade succomba. Il n'y avait pas de péricardite à l'autopsie. Deux autres malades succombèrent à d'anciennes cardiopathies. C'est donc 3 décès pour 8 guérisons, dont plusieurs n'étaient pas encore bien établies. Il n'y a ainsi rien de merveilleux dans ce résultat. (*Lancet*, nº 8.)

A l'exception du docteur Broadbent qui s'est montré satisfait des applications de ce traitement, la plupart des autres praticiens n'ont pas partagé cet enthousiasme. Toutefois, le président, sir W. Jenner, a résumé cette discussion et lui a imprimé son importance en disant que, dans sa longue expérience, il n'avait pas trouvé un remède du rhumatisme; mais que, depuis trois mois qu'il administre la nouvelle médication, son scepticisme avait cessé. Il n'a pas obtenu de bons effets de la salicine, mais les résultats de l'acide salicylique ont été tels qu'il n'en avait jamais vu, que le mal fût laissé à lui-même ou traité par d'autres médicaments. Il estime donc que cet acide et ses composés méritent une juste et impartiale appréciation. (*Idem*, nº 3.)

Les résultats statistiques communiqués au Congrès médical de Manchester ne sont pas moins satisfaisants. Sur 50 rhumatismes traités par le docteur Carter, de Liverpool, il

n'y a eu que 4 insuccès. Dans tous ces cas, la durée de la maladie a été très-abrégée et les complications cardiaques plus rares et moins graves.

Quant à M. Jacob, rendant compte des 100 cas traités à l'infirmerie de Leeds par l'acide salicylique et la salicine, il a eu 63 guérisons dans les trois jours de l'emploi du médicament, donné à la dose de un gramme 50 toutes les quatre heures. Dans 30 cas, la durée du traitement a été de onze jours. 2 cas seulement ont été réfractaires, et il y a eu 5 morts du fait de la maladie et non du médicament.

Sur les 45 rhumatisants admis à l'hôpital sans complications cardiaques, 3 seulement en ont présenté pendant le traitement. On n'a observé ni albuminurie, ni éruption cutanée, ni délire, mais seulement un peu de surdité, des bourdonnements d'oreilles et quelques nausées.

Deux jeunes filles de 17 et 18 ans et un garçon de 19 entrèrent le même jour, 10 janvier 1877, à l'hôpital de la Reine, à Birmingham, service du docteur Sawyer, présentant un rhumatisme poly-articulaire aigu, causé par un refroidissement contracté un à deux jours auparavant. Ces cas étaient d'autant plus comparables que deux des malades avaient déjà eu des accès semblables et que tous trois présentaient des complications cardiaques. 15 grains, soit un gramme environ de salicylate de soude, furent administrés régulièrement toutes les quatre heures avec enveloppement des articulations gonflées et douloureuses dans de la ouate et l'usage du lait pour toute nourriture. Dès le 3e jour, les douleurs avaient cessé dans les deux premiers cas, et le 5e dans l'autre avec température normale, tandis que la fièvre persista jusqu'au 7e jour chez les deux premiers malades. Aucune récidive n'eut lieu après un séjour de 18 à 20 jours à l'hôpital, sans que la durée de l'usage du salicylate soit fixée. Un vésicatoire fut appliqué sur la région cardiaque, dans deux cas, pour combattre la péricardite. (*Lancet*, 12 mai, n° 19.)

Au Collége royal des médecins d'Irlande, le docteur Moore a relaté six cas de rhumatisme traités par lui avec l'acide salicylique, en montrant que l'état fébrile n'a duré que cinq jours et demi en moyenne; le séjour des malades à l'hôpital a été de quatorze jours, bien que gardés en observation après la disparition des symptômes.

Pour montrer la supériorité de ce médicament sur tous les autres, l'auteur irlandais a placé en parallèle dix cas de rhumatismes traités par divers médicaments. Une durée moyenne de dix-neuf jours de traitement et un séjour de 24 à l'hôpital en ont été la conséquence. Il formule à ce sujet les conclusions suivantes :

1° L'acide salicylique est un médicament précieux et presque spécifique dans le rhumatisme aigu.

2° Une amélioration rapide suit l'administration d'heure en heure de doses légères et fractionnées. La température et le pouls s'abaissent; le gonflement et la douleur des articulations cessent, et le sommeil revient.

3° Des doses légères, mais fréquemment répétées, suffisent pour produire ces résultats.

4° Si l'on pousse les doses un peu loin, on peut observer des bourdonnements d'oreilles et de la diaphorèse. Il faut alors suspendre momentanément la médication.

5° Pour prévenir les rechutes, il faut continuer à administrer le médicament pendant quelques jours, mais à des intervalles de plus en plus éloignés.

6° Enfin, par le fait même qu'il enraye la maladie et la fait avorter, l'acide salicylique prévient fort probablement les complications cardiaques qui peuvent en être la conséquence. (*Med. Times and Gaz.*)

Une statistique publiée par Stricker et provenant des hôpitaux militaires de Prusse établit que, sur 181 cas de rhumatisme, il n'y a eu que 12 complications cardiaques ou pleurétiques. Le rhumatisme cérébral n'est même pas mentionné.

Dans 20 cas de rhumatisme articulaire aigu, M. de Cérenville a donné un gramme de salicylate de soude toutes les deux heures, jusqu'à dix doses, et en a obtenu les résultats d'un véritable spécifique. Dès le lendemain, les douleurs se calment, la fièvre tombe, et il ne dit même rien des récidives ni de la nécessité de continuer le médicament. Ce n'est pas là un contrôle scientifique, c'est un simple *satisfecit*. (*Soc. vaudoise de médecine.*)

Sur 27 rhumatismes articulaires, traités par le docteur Riess à Berlin, le succès a été presque constant avec la mixture suivante :

℞ Salicylate de soude du commerce.......	6 grammes.
Eau distillée..........................	20 —
Suc de liquirizia......	5 —

M.

Cette solution est très-bien tolérée. (*Berl. kl. Woch.*, nº 7.)

Studi clinici sull'acido salicilico e sul salicilito sodico, par le docteur F. Percival, chef de clinique médicale du professeur Rovida, à Turin, lu à l'Académie de médecine de Turin le 1er décembre 1876; brochure in-8° de 39 pages, avec tableaux thermométriques.

Vingt-quatre observations servent de base à ces recherches cliniques sur l'action du salicylate de soude, 2 d'iléotyphus, 1 de diphthérite, 2 d'érysipèle facial, 1 de péricardite, 4 de pneumonie croupale, 4 de pneumonie catarrhale, 5 de phthisie pulmonaire, 1 de phthisie laryngée, 2 de fièvre périodique et 2 de polyarthrite rhumatismale.

L'effet a été manifeste sur la température dans plusieurs cas, mais souvent les malades n'ont pu absorber ce médicament. La dose doit varier de 5 à 10 grammes par l'estomac et de 12 à 20 en lavement dans une solution aqueuse. L'acide salicylique s'est surtout montré efficace contre le rhumatisme articulaire, en abaissant la température et en dissipant la douleur locale, conformément aux nombreuses observations publiées en 1876.

Un rapport du docteur Brown, chef de clinique à l'hôpital de Boston, montre que ce médicament est aussi efficace au delà de l'Atlantique qu'en deçà. Sur 109 rhumatisants traités par cet acide depuis le 12 février 1876 à la clinique du professeur Borland, — 59 hommes et 50 femmes, — 102 en ont été rapidement guéris, 5 seulement y sont restés rebelles, et 2 sont morts, l'un de péricardite et l'autre de complications cérébrales.

57 étaient à leur premier accès, 32 au second, 10 au troisième, 2 au quatrième et cinquième, 1 au septième et 5 à un nombre indéterminé.

L'acide était donné à la dose de 10 grains chaque heure, jusqu'à la sédation des douleurs, et continué ensuite à intervalles de plus en plus éloignés. La disparition des douleurs a été obtenue en un à trois jours, et souvent les dix à

quinze premières doses ont suffi pour amener un soulagement marqué, soit 154 grains en moyenne, en allant ensuite jusqu'à 531 pour la guérison complète, durant une moyenne de 6 à 7 jours.

Sur 63 cas dans lesquels l'état du cœur fut noté, cet organe ne fut atteint que 4,76 pour 100 pendant le séjour à l'hôpital, tandis que sur une série de rhumatisants traités par les alcalins par le docteur Blake, dans le même établissement, cette proportion fut de plus de 13 pour 100. D'où la conclusion que l'emploi de cet acide prévient souvent cette complication en arrêtant court la maladie.

18 malades ont eu une rechute, 3 en ont eu deux, 1 en a eu jusqu'à cinq, et la plupart des autres ont ressenti quelques douleurs après la cessation de l'acide.

Les nausées et les vomissements sont notés dans 20 cas, dont un de grossesse, la céphalalgie dans 6, les bourdonnements d'oreilles dans 19, et la surdité dans 2. Dans tous les cas aigus, il y eut une diminution marquée de la température, avec sueurs profuses, mais sans effet sensible sur le pouls et la respiration. Une profonde débilité consécutive, correspondant à l'état d'anémie signalé par les observateurs français, est aussi fréquemment notée comme plus difficile à faire disparaître que le rhumatisme lui-même.

L'emploi comparatif de la salicine, fait dans quelques cas, sans donner des résultats aussi marqués, n'a pas produit l'anorexie ni la débilité consécutives à l'usage de l'acide.

C'est après les innombrables applications thérapeutiques faites de cet agent à l'étranger que la note de la France s'est seulement fait entendre, dans ce concert d'éloges, par la voix autorisée du professeur Germain Sée. Avant lui, son action avait à peine été expérimentée dans les hôpitaux de Paris, comme nous l'avons montré l'année dernière. 4 grammes, en huit paquets, administrés par MM. C. Paul et Féréol, ne leur avaient donné qu'une faible diminution de la température et du pouls. Son effet sur la douleur, diminuée dès le lendemain, était bien le plus marqué, mais sans que la marche de la maladie en fût modifiée. La rougeur et le gonflement persistaient. Quoique bien toléré, le nouveau médicament avait amené un abattement considérable avec lassitude, courbature et bourdonnements d'oreilles. Les rhu-

matisants anémiés l'avaient mal supporté, comme en Angleterre. (*Soc. de thérap.*, décembre 1876.)

On en était encore à ces données vagues et incomplètes sur ce nouveau médicament, qui remplissait le monde de sa renommée, lorsque, le 26 juin, M. Sée est venu promulguer les résultats de son observation. Sur 52 rhumatismes aigus, dont 19 fébriles et 33 apyrétiques, 44 ayant été publiquement observés à la Clinique, la guérison a suivi promptement dans 51. Un seul insuccès a été constaté contre un rhumatisme ayant débuté par quatre jointures et localisé ensuite dans le poignet. De tous les résultats enregistrés, ceux de Stricker et Moore ont seuls été aussi heureux, mais dans une proportion bien moindre, ce qui peut tenir à la dose élevée et continue qu'ils ont administrée uniformément.

Sauf quelques cas traités par l'acide salicylique à 6 grammes par jour, soit 50 centigrammes toutes les deux heures, son insolubilité dans l'eau et sa saveur âcre et irritante en poudre en rendant l'administration difficile, c'est au salicylate de soude que M. Sée a eu recours à la dose de 10 grammes dissous dans 200 grammes d'eau, à prendre en cinq fois dans les vingt-quatre heures, jusqu'à la cessation des douleurs. Et comme ce médicament est éliminé rapidement par les urines, l'usage est continué à doses réfractées pendant dix à douze jours après la guérison. Sans cette précaution, les récidives sont inévitables.

Des 19 rhumatisants fébriles, 12 en étaient à leur deuxième, troisième et quatrième attaque, dont la durée avait été de trois semaines à trois mois, et presque tous avaient des lésions cardiaques. Sauf une exception unique, l'accès n'a pas dépassé trois jours avec le salicylate, que la maladie datât de deux, de huit ou de quinze jours. Chez deux enfants, l'un de 8, l'autre de 12 ans, la dose de 2 à 3 grammes suffit pour amener la guérison en deux jours. La dissémination du rhumatisme n'en retarde pas la cessation.

Les douleurs cèdent d'abord en douze à dix-huit heures. Cet effet constant est le premier observé. La fluxion articulaire ne cède qu'après, du premier au troisième jour. La tuméfaction diminue, même quand il y a hydarthrose. Dès le troisième jour, les mouvements sont libres et faciles, et des malades, dont les membres inférieurs étaient entièrement

envahis, ont pu se lever ainsi du second au troisième jour.

La fièvre ne céda jamais avant la disparition complète des douleurs, comme une preuve qu'elle est l'effet et non la cause des localisations du rhumatisme. Sa persistance après la disparition de la fluxion articulaire annonce une nouvelle phlogose et indique la continuation du salicylate.

Des 33 cas apyrétiques, la moitié environ avaient été précédés d'attaques ayant duré quatre, six et même douze semaines. Tous furent guéris en deux ou trois jours. Après la disparition des douleurs et du gonflement articulaire, tous les malades purent se lever et marcher du troisième au quatrième jour du traitement. Ce n'est pas que la guérison soit acquise ; les douleurs, le gonflement et la fièvre ne tardent pas à reparaître si l'on ne continue le médicament à doses décroissantes pendant dix à quinze jours au moins. C'est ce qui explique la fréquence des récidives. Sur 4 malades, M. Sée les a vues se répéter jusqu'à trois fois successives en cessant à dessein le salicylate. Elles sont nulles, au contraire, quand on en continue l'usage. On peut cesser de voir les malades et les renvoyer de l'hôpital à coup sûr avec cette simple recommandation.

Les complications cardiaques, si fréquentes avec les autres médications, ne sont nullement modifiées par l'emploi du salicylate, pas plus que les lésions valvulaires existantes, ni la dyspnée, ni l'œdème en résultant. Dans 3 cas d'endocardite récente, il ne l'a ni enrayée ni aggravée. Mais, par sa rapidité d'action sur la maladie principale, il paraît prévenir, empêcher, la manifestation de ces accidents. Pas un seul cas d'inflammation du péricarde ni de l'endocarde n'a été observé sur les rhumatisants entrés à l'hôpital dans les trois premiers jours de la maladie. On peut donc espérer la localisation du mal aux articulations, en donnant d'emblée ce médicament et en jugulant ainsi le mal. Les faits observés depuis par MM. Brouardel, Laboulbène, Proust, Briquet et d'autres permettent de conclure que les complications sont rares, lorsque la maladie est prise au début, et que la durée en est abrégée par l'emploi des préparations salicylées. Des faits antérieurs semblent, il est vrai, devoir mettre en doute cette immunité du cœur.

Il n'en est pas de même de l'anémie profonde qui succède au rhumatisme. Résultat de la longueur de la maladie et

de ses effets débilitants, de son action dénutritive, elle est prévenue sûrement par la rapidité de la guérison. Elle a manqué totalement.

D'après ces brillants résultats, et s'ils se confirment, le salicylate de soude serait donc le médicament par excellence pour obtenir rapidement la guérison des douleurs rhumatismales et du gonflement articulaire en résultant. Aucun autre n'a donné jusqu'ici des résultats aussi constants, prompts et décisifs. Et cependant M. Sée n'en fait pas un spécifique, à l'exemple de quelques-uns de ses devanciers. Il est pour lui tout simplement un merveilleux *analgésiant* de la douleur.

En effet, il ne guérit pas la maladie, puisqu'elle se reproduit infailliblement dès que l'on en suspend l'usage, jusqu'à quinze et vingt jours de son début, c'est-à-dire son terme naturel dans beaucoup de cas soumis à l'expectation. Il en détruit seulement les manifestations principales, de même que toutes les douleurs d'origine rhumatismale. M. Sée a fait céder ainsi, en deux jours, une contracture douloureuse des muscles du cou et des douleurs musculaires généralisées et fébriles datant de quinze jours, avec raideur des membres et du tronc. Les arthrites blennorrhagiques ont au contraire résisté au salicylate, ainsi que la chorée, malgré leurs rapprochements avec le rhumatisme. Et il en est de même de toutes les affections dites rhumatismales et qui ne sont pas le rhumatisme articulaire, musculaire et névralgique. La goutte aiguë et chronique, et la gravelle qui s'y rattache si souvent, ainsi que les névralgies et certaines affections douloureuses de la moelle épinière, notamment les douleurs fulgurantes, cèdent à l'usage à haute dose et prolongé du salicylate de soude, comme on le trouvera indiqué à ces différents mots. (*Acad. de méd.*)

Des résultats aussi merveilleux en ont été obtenus par M. Lépine, à la dose de 8 à 12 grammes. Douze malades atteints de rhumatisme subaigu ont été débarrassés, en trois jours, de tous les accidents articulaires douloureux. Aucun inconvénient n'est résulté de ces doses élevées. C'est pour l'avoir employé de 2 à 6 grammes seulement, comme on le fait généralement au début, que l'on n'obtient que des demi-succès, comme MM. Ferrand et Desnos. Il faut donc l'employer hardiment pour obtenir la disparition immédiate

de la douleur et du gonflement, et le continuer à moindre dose pour la guérison complète. (*Soc. méd. des hôp.*, juin.)

Dans 4 cas, M. Hardy a employé le salicylate à la dose de 6 grammes avec des effets moins prompts et moins marqués que M. Sée. Il n'a pas empêché ainsi le développement d'une légère péricardite dans un cas et d'un bourdonnement d'oreilles dans un autre.

A la dose de 4 grammes, M. Oulmont n'a obtenu que 3 succès sur 7 cas où il l'a employé, et encore les accidents n'ont-ils cédé que du troisième au cinquième jour. Quoique continué pendant huit à dix jours dans les 4 autres, il n'a produit aucun effet. Et cependant il conclut à son action spécifique. Évidemment, ces doses sont trop faibles. Les effets prompts et certains ne peuvent être obtenus qu'à plus haute dose.

L'acide salicylique employé au début a aussi donné des résultats très-rapidement efficaces à M. Hérard chez sept rhumatisants observés à l'Hôtel-Dieu. Il l'a donné depuis 3 grammes jusqu'à 7, et chaque fois les douleurs ont cessé en vingt-quatre heures. Mais, dans l'impossibilité d'en continuer l'usage comme du salicylate, les récidives sont survenues dans la plupart des cas. On les prévient sûrement en continuant son emploi à dose réfractée pendant huit jours consécutifs au moins.

Deux succès semblables ont été obtenus par le docteur Calvy, à l'Hôtel-Dieu de Toulon, chez une rhumatisante de 21 ans, très-anémique et avec endo-péricardite. Huit jours s'étaient passés à l'emploi de purgatifs, poudre de Dower, boissons nitrées, frictions calmantes, vésicatoires, sans aucun résultat, lorsqu'il prescrivit l'acide salicylique à la dose croissante de 3 à 6 grammes. Le troisième jour, les douleurs avaient presque cessé, ainsi que la fièvre et le gonflement. De 120, le pouls était tombé à 56, et la température de 39°,6 à 37°,4. Mais une rechute ne tarda pas à paraître par la cessation de l'acide, et il fallut le reprendre et le continuer pour obtenir la guérison. (*Union méd.*, nos 87 et 88.)

Guidé par la crainte de faire disparaître brusquement les fluxions articulaires et de provoquer ainsi des fluxions viscérales surtout sur le cerveau, M. Guéneau de Mussy commence par 3 à 4 grammes, en augmentant graduellement jusqu'à 6 et rarement 8 grammes par jour. Dans une vingtaine de

rhumatismes articulaires, il a obtenu ainsi presque constamment une diminution de la douleur, de la température et du pouls dans les trois jours, c'est-à-dire arrivé à la dose maximum. En continuant des doses moyennes pendant dix à quinze jours consécutifs, il prévenait toute rechute. Le défaut de sidération rapide, comme M. Sée, et l'absence de rechutes, comme M. Hérard, concordent donc parfaitement avec ce mode d'administration. Tout accident, comme vomissements, dyspnée, lypothymies, est ainsi prévenu mieux qu'avec les doses massives.

Tout différents sont les résultats obtenus par M. Jaccoud. Employé à la dose de 8 à 12 grammes par jour contre 21 rhumatismes, dont 10 sans complications et 11 avec complications diverses, il n'a pu être continué dans 5 de ces derniers cas et a dû être remplacé par des vésiçatoires, des ventouses sèches ou l'alcool. Des 16 cas où il a été employé exclusivement, 13 ont guéri, dont les 10 cas simples, dans un intervalle de 2 à 15 jours; les 3 autres cas ont été mortels. Les complications ont donc été ici la pierre d'achoppement. Aussi, tout en en faisant le médicament le plus puissant, M. Jaccoud fait-il des réserves expresses sur son action contre les complications cardiaques, pulmonaires et cérébrales, aussi bien que contre les formes chroniques déformantes et la goutte. Ce sont là autant de contradictions avec la statistique de M. Sée et qui doivent tenir en garde contre ses résultats si brillants.

A la dose de 5 à 6 grammes par jour, M. Archambault ayant traité un certain nombre d'enfants rhumatisants, à l'hôpital, les a vus guérir en un à trois jours avec de plus rares complications cardiaques qu'à l'habitude.

Sur ce total de 125 observations françaises, un seul cas de mort a été signalé par M. Empis sur un rhumatisant sans complication cardiaque. Le 27 juin, 7 grammes d'acide salicylique lui furent administrés à dose réfractée, et il n'en avait pris que la moitié, que les douleurs se calmèrent. Néanmoins, on en donna encore 5 grammes le lendemain. Le malade allait si bien le troisième jour, que toute médication fut cessée. La nuit fut agitée, et le malade, ayant demandé un potage à quatre heures du matin pour satisfaire sa faim, ne l'eut pas plus tôt pris qu'il éprouva une violente douleur d'estomac et tomba en arrière sur son oreil-

lçr, privé de connaissance. Des convulsions éclamptiformes eurent lieu dans les jambes; la respiration devint stertoreuse, et la mort survint en quelques secondes.

L'autopsie n'a pu montrer s'il fallait attribuer cette mort à l'acide salicylique par son action topique sur les premières voies, comme MM. Descroizilles et Ozenne l'ont observé chez l'homme, ainsi que MM. Benjamin et Trasbot chez les chevaux.

Un second cas mortel a été observé par M. Empis chez un alcoolique atteint de coliques de plomb. A ce double titre, il est bien permis de supposer que, les reins étant malades, l'acide, n'ayant pu être éliminé, s'est accumulé dans le sang et a produit une véritable intoxication.

On peut joindre à ce cas fatal les deux morts par encéphalopathie suraiguë de M. Jaccoud et celui du docteur Brown, ce qui semble donner créance à l'idée émise par M. Guéneau de Mussy, sur cette métastase ou répercussion niée énergiquement par M. Sée.

Un cas de mort est aussi arrivé aux États-Unis. Pour diminuer les douleurs d'un rhumatisme articulaire, une injection sous-cutanée de morphine fut pratiquée, et quatre paquets de dix grains chacun d'acide salicylique furent prescrits à prendre d'heure en heure. Une sueur profuse suivit la première dose, avec une telle faiblesse après la seconde et la troisième, que la femme du malade hésitait à lui administrer la dernière. Aussitôt après, une céphalalgie intense survint avec vomissements persistants, puis la perte de connaissance et le coma. La mort survint quarante heures après la première dose. Il n'y eut pas d'autopsie, la couleur et l'odeur de l'acide dénotant qu'il avait subi une altération et qu'il s'agissait d'un empoisonnement. (*Boston med. and surg. journ.*, nº 24.)

Cyanure de zinc. Supplanté par l'acide salicylique aussitôt sa découverte, ce médicament n'a été que fort peu employé contre le rhumatisme, et cependant les rares essais qui en ont été faits se sont montrés favorables. Aux dix observations de M. Luton (V. *année* 1875), le docteur Deschamps en a ajouté neuf autres où il s'est montré également favorable, les malades ayant été guéris en huit jours (*Bull. de thérap.*, 1876), et voici le docteur Duhamel, d'Obernai, qui en cite quatre avec le même succès. La dose est de 5 à 10

centigrammes par jour, dans une potion gommeuse additionnée de 10 à 12 grammes d'eau de laurier-cerise comme adjuvant. Comme le médicament est insoluble, la potion doit être agitée chaque fois. Les douleurs ont cessé dès le lendemain ou le surlendemain, et la guérison était complète du 6e au 8e jour, sans aucune complication cardiaque. (*Gaz. de Strasb.*) La facilité d'administration de ce médicament, qui peut être donné aussi en pilules ou en granules de cinq milligrammes, doit en faire préférer l'emploi. On fait frictionner les articulations atteintes avec le baume tranquille et envelopper de ouate comme d'habitude.

Rhumatisme cérébral. Une idée ancienne sur sa nature métastatique a été émise de nouveau par M. Guéneau de Mussy. C'est que l'emploi du sulfate de quinine, en faisant disparaître brusquement la fluxion articulaire, n'ait contribué à provoquer la fluxion cérébrale et ne l'ait rendu ainsi beaucoup plus fréquent, car on l'observait autrefois très-exceptionnellement. Il n'en a pas observé un seul cas depuis vingt ans qu'il a renoncé à l'usage de ce médicament énergique. Aussi n'emploie-t-il l'acide salicylique et les salicylates qu'à doses modérées et graduelles, de crainte de le provoquer. Mais ce n'est là, pour M. Sée, qu'une crainte chimérique. Si on l'observe plus souvent, c'est parce qu'on a appris à mieux le connaître et le diagnostiquer.

Température. Sur 150 cas de rhumatisme aigu, entrés à l'hôpital communal de Copenhague, du 1er août 1874 au 31 juillet 1876, le docteur Trier en a distingué 11 où les fonctions cérébrales étaient plus ou moins troublées par le fait seul du rhumatisme. Dans 4 cas seulement, l'intensité d'une maladie intercurrente pouvait en être la cause. Or, dans ces cas, la température s'est élevée 8 fois à 41° et au-dessus, et de 40 à 41 dans les autres. Les trois cas mortels ont décelé, dans un seul cas, des dégénérations parenchymateuses caractéristiques de l'hyperpyrexie.

D'où l'auteur conclut, avec les cliniciens anglais, que ces accidents cérébraux ne sont dus qu'au rhumatisme lui-même et à l'hyperpyrexie. De là l'importance des observations thermométriques et l'emploi des bains réfrigérants à 25° ou au-dessous, dès que la température s'approche de 41°

avec le moindre trouble des fonctions cérébrales. (*Nordiskt medic. Arkiv*, n° 7.)

Bains froids. Un nouveau succès très-remarquable en a été relaté par M. Vallin, chez un militaire de 42 ans, au Val-de-Grâce. La mort était imminente. Tous les autres moyens avaient échoué. Mais ce traitement énergique doit être réservé aux cas exceptionnels où la température s'élève à 41°, comme elle était dans ce cas. L'amélioration était sensible dès le quatrième bain et fut complète au septième.

Tout en se déclarant partisan de cette médication, M. Moutard Martin met une sourdine à ces succès en citant le cas de deux jeunes filles ainsi traitées. La première est morte d'une pneumonie, et la seconde, après trois attaques heureusement terminées, a contracté une bronchite suspecte des plus graves. Le remède, en pareil cas, ne vaut donc pas mieux que le mal; mais, mort pour mort, il vaut encore mieux courir les chances de la guérison que de se croiser les bras. (*Soc. méd. des hôpit.*, juin, et *Union méd.*, n° 104.)

RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE. Elle se rencontre parfois dans des circonstances où il est assez difficile de l'expliquer. Tarchini Bonfanti rapporte ainsi le cas d'une femme âgée et de sa jeune servante, trouvées assassinées dans leur appartement, au commencement d'avril, les corps reposant sur un pavé de carreaux sans tapis. Des coups multiples sur la tête et d'innombrables fractures esquilleuses du crâne montraient qu'elles avaient succombé à ces lésions. Il y avait une perte de sang considérable. La rigidité était si prononcée et la décomposition si peu avancée chez les deux victimes, qu'il semblait que la mort ne remontait pas au delà de 36 heures.

On découvrit cependant qu'elle remontait à 4 jours et demi. Mais l'appartement étant resté fermé et dans une obscurité complète, sans feu, l'air intérieur était resté dans une immobilité complète. De plus, la température extérieure était à 10° R. L'atmosphère et les cadavres étant presque exsangues, couchés sur le carreau, sans que le tube digestif contînt des matières non digérées, on s'explique le retard de la décomposition cadavérique et la persistance de la rigidité. (*Ann. d'hyg. publ.*, 1876.)

Cette rigidité était de même très-prononcée, cinq jours après la mort, chez un nouveau-né trouvé dans un canal le 21 octobre. L'estomac ne renfermait qu'une cuillerée à thé d'une masse inodore et visqueuse, l'intestin grêle une certaine quantité de bouillie chymeuse jaune, inodore, et le gros intestin des restes de méconium mêlés à des matières fécales jaunes. Poumons crépitants et surnageant. Sang poisseux foncé dans les ventricules du cœur, surtout le droit.

La mère ne pouvait donc avoir étouffé son enfant aussitôt né, dans la nuit du 16 au 17 octobre, et l'avoir ensuite jeté à l'eau, comme elle le déclarait. Une poudre grisâtre trouvée sur elle, et que l'analyse montra composée de noix vomique, expliqua la rigidité, sans que l'on pût retrouver la strychnine. Elle avoua, en effet, avoir nourri son enfant jusqu'au 18 octobre, dans la soirée, où elle lui avait donné une cuillerée à thé de la poudre. L'enfant succomba trois heures après dans de violents accès convulsifs. Cette persistance de la rigidité cadavérique, tout à fait insolite chez les nouveau-nés, doit surtout être recherchée, et la présence du sang poisseux foncé dans le cœur indiquait assez que la mort n'était pas due à la submersion.

ROUGEOLE. *Contagiosité.* D'accord avec M. Dumas (Voy. *année* 1876), le docteur Fœrster, de Dresde, en a confirmé la contagion au début, pendant la période prodromique et alors que le malade n'est pas encore forcé de garder le lit. De là la fréquence et l'extension de la contagion dans les écoles. Sur 65 familles où il a observé 135 enfants rubéoliques, il n'y en avait que 10 où le premier atteint n'allait pas à l'école.

Dès le premier ou le deuxième jour du catarrhe prodromique, il est rare que les autres enfants de la famille ne soient pas contaminés. Cette contagion rapide rend l'isolement des petits malades non-seulement très-difficile, mais à peu près inutile. Rarement la contagion se fait pendant l'éruption. En mettant des convalescents de rougeole en contact avec des enfants qui ne l'avaient pas encore eue, ceux-ci ne la contractèrent pas, tandis que ceux affectés d'un catarrhe reconnu ensuite comme le prodrome de la rougeole l'ont toujours communiquée aux enfants encore non affectés de leur entourage.

C'est le contraire pour la scarlatine, dont le contage persiste après l'éruption et la desquamation. Les cas de contagion dans les écoles sont ainsi moindres, et les cas de développement spontané, en apparence, bien plus nombreux. Quatre semaines d'isolement, après l'éruption, n'en sont pas moins nécessaires pour ne plus conserver le danger de la contagion. (*Jahrb. fur Kinderheilk.*, 1876.)

RUPTURES. *Rupture spontanée de l'œsophage sain.* Cette lésion est si rare et sa pathologie si peu connue, que d'une douzaine de faits, relatés comme tels dans les annales de la science, le docteur Fitz, qui les rappelle à l'occasion d'un cas authentique, n'en admet qu'un ou deux autres semblables. C'est celui de Meyer, publié en 1858, et celui de Grammatzki, observé par Leyden en 1867, tous deux recueillis en Allemagne. Le troisième dont il s'agit a été observé par le docteur Allen, en janvier 1876, sur un homme de 31 ans qui, sans le moindre rétrécissement ni aucune lésion préexistante de l'œsophage, fut tout à coup menacé de suffocation par l'arrêt d'un fragment alimentaire. Dans les violents efforts faits pour l'expulser, une rupture des voies aériennes se produit à gauche, démontrée par l'emphysème du cou, et après la mort, arrivée sept jours et demi après l'accident, l'autopsie montre une rupture longitudinale de l'œsophage, au niveau de la bifurcation de la trachée, sans aucune trace de travail morbide préexistant.

Sur ce fait comme sur les deux autres, il y a pourtant lieu de faire des réserves, au point de vue de l'état sain des parois de l'œsophage. Ce malade était un alcoolique qui, par ses abus excessifs et prolongés, avait eu, un an auparavant, un accès de *delirium tremens*. Il était atteint d'une gastrite intense avec menace d'un nouvel accès de delirium depuis et avait eu à chaque fois une hématémèse persistante. On peut admettre que les parois de l'œsophage, surtout en bas, n'étaient pas dans un état parfaitement normal.

Le malade de Leyden, âgé de 35 ans, avait aussi été atteint de troubles gastriques six semaines avant l'accident, qui eut lieu le lendemain de copieuses libations nocturnes, alors que, en proie aux nausées, il voulut se faire vomir et fit des efforts excessifs. Une déchirure longitudinale de l'œsophage de cinq centimètres de long, empiétant en bas

sur l'estomac, et une autre lésion semblable furent trouvées sur la paroi antérieure du cardia, sans intéresser la muqueuse ni le tissu sous-muqueux.

Quant au cordonnier de Meyer, âgé de 38 ans, c'était aussi un ivrogne. Il avait en outre avalé un liquide caustique dans son enfance et éprouvait depuis lors de la difficulté à avaler. Les aliments semblaient s'arrêter au creux de l'estomac et ne pouvaient être délogés qu'au prix d'efforts violents. Et c'est ainsi qu'ayant avalé un morceau de saucisson, il fit de tels efforts que l'œsophage se rompit un peu au-dessus du cardia, comme l'autopsie le montra le surlendemain. Une surface ulcérée, béante, de trois centimètres de long sur un de large, à bords découpés comme à l'emporte-pièce avec destruction plus étendue de la muqueuse, fut constatée.

Ces détails montrent assez que l'estomac de ces individus n'était pas intact et que, si la rupture des parois de l'œsophage dans son voisinage a eu lieu spontanément par action musculaire, cette membrane pouvait bien ne pas avoir une résistance normale.

Quoi qu'il en soit, c'est chez les ivrognes encore jeunes, ayant souffert de troubles digestifs, que cette rupture a lieu à l'occasion de l'arrêt d'un corps étranger dans l'œsophage. Une anxiété extrême se manifeste, et dans les efforts de vomissement du patient pour s'en débarrasser, du sang pur, rutilant, est rejeté en plus ou moins grande abondance ; c'est le signe de la rupture. Que le corps étranger soit expulsé ou descendu dans l'estomac, celui-ci expulse ensuite du sang liquide et coagulé, sans mélange d'air ni d'aliments.

La douleur subite, déchirante, n'est pas signalée au début comme un signe de la rupture. Elle est rapportée à la région de l'estomac, et persiste à un degré variable avec sensibilité s'étendant du cartilage ensiforme à la colonne vertébrale. Des douleurs aiguës et lancinantes surviennent ensuite par l'inflammation consécutive de la plèvre, par extension ou continuité.

Les nausées et les vomissements ne sont pas plus caractéristiques, même avec du sang pur. La déglutition des liquides peut se faire sans douleur, sinon un sentiment de constriction.

Un grand épuisement succède ordinairement à la rupture. L'emphysème progresse, ainsi que l'oppression, la cyanose survient et la mort. Autrement, la fièvre s'allume avec prostration, délire, douleurs gastro-thoraciques, selles sanglantes et convulsions, quand la vie se prolonge plus d'un à deux jours.

Tel est, d'après les trois faits précédents, le tableau de cette lésion à peu près fatalement mortelle par les complications qu'elle entraîne. (*Amer. journal*, janvier, et *Arch. de méd.* avril et juin.)

Rupture de l'utérus. *Absence de symptômes.* La rareté de ce cas en fait tout le mérite, car cet accident s'accompagne ordinairement d'un appareil effrayant qui ne peut le faire méconnaître. La femme en était à son neuvième accouchement, ordinairement lents, mais normaux. Elle était en travail depuis deux heures du matin, le 26 février dernier, lorsque la sage-femme, trouvant que rien n'avançait, envoya chercher, à 10 heures, M. Leigh, assistant à la Maternité de Liverpool. Il reconnut la présentation du siége d'une fille au détroit supérieur avec de fortes contractions sans efficacité. Explorant l'abdomen, il perçut très-distinctement la main de l'enfant sous la paroi abdominale. L'idée d'une rupture se présenta immédiatement à son esprit, mais le défaut de collapsus, sinon un pouls un peu faible, et des contractions vigoureuses, démentaient cette supposition. Le dégagement d'un pied fut tenté sans succès par la violence des contractions. Un consultant fut mandé pour administrer le chloroforme et dès lors l'extraction se fit sans trop de difficultés, une heure et demie après l'arrivée de l'accoucheur.

Les contractions persistèrent jusqu'à la terminaison et le placenta fut aisément expulsé. L'examen décela alors une rupture transversale de l'utérus dans le tiers inférieur de la paroi antérieure où la main pouvait passer facilement sans sentir les anses intestinales. Située ainsi près du col, cette rupture, confirmée par l'autopsie, laissait tout le corps de l'utérus intact qui pouvait ainsi se contracter avec force sur la tête.

L'utérus revint sur lui-même, sans hémorrhagie. Les lochies furent peu abondantes. Il y eut des vomissements, du délire, et une hémorrhagie considérable ayant eu lieu le 28, la femme succomba dans la nuit.

Aucune autre cause qu'une blessure du ventre au quatrième mois de la grossesse ne pouvait expliquer cette rupture spontanée. (*Lancet*, n° 1, juillet.)

Rupture des kystes de l'ovaire. Voy. Kystes.

Rupture de la vessie. Quoiqu'il s'agisse ici, comme dans les kystes de l'ovaire, d'un sac contenant un liquide s'échappant tout à coup dans la cavité du péritoine, on ne saurait assimiler ces deux ruptures. L'urine ordinairement acide est bien plus irritante et dangereuse pour cette membrane. Aussi les guérisons sont-elles des plus rares, d'autant plus qu'un traumatisme plus ou moins étendu vient le plus souvent compliquer cette rupture. Sur 50 cas, Birkett ne compte que 3 guérisons et le docteur Smith 5 sur 68 cas. Le pronostic est donc des plus graves.

Mac Dougall en rapporte deux cas de guérison pour prouver qu'elle n'est pas absolument mortelle et que le traitement chirurgical ne doit pas plus rester inactif que dans les ruptures des kystes de l'ovaire qui furent si longtemps considérées comme au-dessus de toute intervention chirurgicale. Et la guérison est d'autant plus remarquable ici que le passage des roues d'une voiture et d'un wagon sur le bas-ventre détermina d'autres fractures dans les deux cas. Il est vrai aussi qu'aucun signe positif, autre qu'une faible quantité d'urine sanguinolente retirée de la vessie par la sonde, ne donna une certitude de la rupture. L'absence de péritonite ôte surtout de la vraisemblance à ces cas.

Quoi qu'il en soit, l'auteur n'hésite pas avec Holmes à proposer d'inciser l'abdomen pour aller suturer directement les lèvres de la rupture avec des fils de catgut en plaçant ensuite une sonde à demeure pendant une quinzaine de jours. Le succès de ces sutures faites après l'opération de la pierre par le professeur Brün de Tubingue est la seule garantie de ce procédé. On peut même, dit-il, si la déchirure siége en arrière, comme c'est le cas le plus fréquent, attirer la vessie au dehors, grâce à la laxité de ses ligaments, et en suturer ainsi les lèvres de la plaie. Procédé aussi hardi que dangereux et que les chirurgiens prudents n'emploieront qu'avec réserve. (*Edinb. med. journal*, janvier.)

S

SALICYLATES. Nouveaux sels résultant de la combinaison de l'acide salicylique avec une base et dont la formation a été provoquée pour faciliter l'administration de cet acide. Son introduction récente en thérapeutique et ses succès contre le rhumatisme articulaire d'une part; son insolubilité dans l'eau et dans l'alcool dilué, l'impossibilité de l'administrer dans la glycérine, et sa poudre d'une saveur âcre, irritante, produisant des érosions, des ulcérations, des hémorrhagies, même sur les muqueuses qu'elle touche, d'autre part, obligeaient à lui donner une forme pharmaceutique convenable pour atténuer ces inconvénients. Heureusement, sa facilité à se combiner aux divers alcalis et alcaloïdes ne laissaient guère que l'embarras du choix. La potasse, l'ammoniaque, la soude, la quinine, la lithine, etc., ont été tour à tour utilisées à cet effet pour former autant de sels différents dont la base peut avoir des indications spéciales.

Salicylate de soude. La soude paraît se combiner le mieux avec l'acide salicylique pour en rendre l'administration facile et efficace. Ce sel est exempt de toute saveur caustique et très-soluble dans l'eau. Il mérite ainsi la préférence sur les salicylates de potasse et d'ammoniaque. Mais, loin d'être formé de parties égales d'acide et de soude comme on l'a dit, il contient 4/5 d'acide salicylique pour 1/5 de soude seulement. C'est donc en réalité de l'acide salicylique qu'on administre sous cette forme soluble. C'est ainsi qu'à défaut de ce sel, M. Guéneau de Mussy administrait l'acide à petite dose simultanément avec l'eau de Vichy. Mais le salicylate de soude est bien préférable.

La dose journalière en est de 9 à 10 grammes pour les adultes dans les cas fébriles et de 7 à 8 dans les cas apyrétiques. On peut même débuter par une dose inférieure dans les cas de maladie chronique et lorsque l'usage doit en être prolongé.

Ce sel doit toujours être dissous dans une grande quantité de liquide. M. Sée en fait préparer une solution de 10 gram-

mes dans 100 grammes d'eau dont chaque cuillerée à bouche est prise dans un demi-verre d'eau au moment des repas quand c'est possible. On peut aussi le délayer dans l'eau de Vichy ou dans de l'eau additionnée d'eau-de-vie quand il est mal toléré par l'estomac, mais le plus sûr moyen de le rendre tolérable, c'est de ne jamais le donner à doses massives et de les fractionner à intervalles réguliers.

Salicylate de lithine. Les avantages incontestables de la lithine contre la goutte l'ont fait combiner à l'acide salicylique pour le traitement spécial des affections goutteuses. Il contient 5 parties d'acide pour 1 de lithine. Ses avantages sur le salicylate de soude ne sont pas encore démontrés.

Salicylate de quinine. Employé spécialement comme anti-pyrétique contre les fièvres d'accès, il ne paraît efficace qu'à la condition de renfermer une grande quantité de quinine. Il en renferme jusqu'à 14 centigrammes par gramme. Mieux vaut donc lui préférer le sulfate de quinine contre les affections intermittentes. V. FIÈVRES.

Tous ces sels s'éliminent rapidement par les reins comme l'acide qui en est le principal facteur. Il ne faut donc pas les administrer dans les cas de néphrite ou de toute autre lésion rénale qu'ils pourraient aggraver soit en s'emmagasinant dans cet organe, soit en l'irritant. (*Union méd.* n° 77.)

SANG. *Nouveau réactif.* Une solution alcaline d'hématosine ou hématine étant faite avec un peu d'ammoniaque dans de l'eau distillée bouillie, M. P. Cazeneuve la verse dans une auge propre à l'examen spectroscopique. On reconnaît alors la bande caractéristique des solutions alcalines, l'hématosine ; mais si l'on ajoute à la solution une ou deux gouttes d'hydrosulfite de soude, cette teinte dichroïque disparaît aussitôt et est remplacée par une teinte rouge vermeil. Toutes les autres couleurs du spectre sont absorbées, le rouge excepté.

Cette action de l'hydrosulfite de soude sur l'hématosine peut donc être précieuse en médecine légale pour caractériser le sang. Il suffit de traiter la tache soupçonnée par l'eau ammoniacale et de constater au spectroscope l'action de ce sel. La bande de l'hématosine réduite est ainsi très-nette et étendue de 100 à 115, si c'est du sang. (*Acad. des sc.* mars.)

Numération des globules. La distribution variable, capricieuse des globules blancs ne permet pas, suivant M. Grancher, pour en avoir la proportion exacte, de les compter seulement dans trois quadrillages comme les globules rouges. Il faut les compter dans dix champs microscopiques et en prendre ensuite la moyenne. Les résultats sur 8 hommes de 20 à 32 ans ont été de 3 à 9,000 leucocytes par millimètre cube, tandis que les globules rouges varient seulement de 5 à 6 millions.

Le nombre des globules blancs paraît dépendre de l'individu beaucoup plus que des conditions qui l'entourent. Les repas, la température, les heures de la journée et le nombre des globules rouges n'apportent aucune modification régulière et constante dans le chiffre des globules blancs.

Il est donc permis de se demander s'il existe vraiment une leucocytose physiologique comme on l'a admis. (*Soc. de biol.* juin 1876.)

Sang fœtal. Immédiatement tiré des capillaires cutanés après la naissance, il a offert des caractères particuliers à M. Hayem. Noir presque comme du sang veineux, ses globules ont encore en partie les caractères de ceux de l'embryon. Les rouges sont plus inégaux que chez l'adulte et ils s'endosmosent et se déforment plus facilement au contact des réactifs et de l'humidité. Leur nombre par millimètre carré est aussi élevé que chez les adultes les plus vigoureux et toujours supérieurs à ceux de la mère. La moyenne des numérations faites sur 17 enfants est de 5,368,000 et s'élève jusqu'à 6,262,000 suivant que la ligature du cordon a été faite plus ou moins vite (V. CORDON). Son pouvoir colorant est en moyenne aussi fort que chez l'adulte.

Les variétés des globules blancs sont les mêmes que chez l'adulte, mais un peu plus petits et les globulins plus abondants. Ils s'élèvent jusqu'à 18,000 dans les deux à trois premiers jours de la vie, tandis que la moyenne est de 5,000 seulement chez l'adulte. Mais ce nombre descend rapidement au tiers et même au quart avec la diminution de poids des trois ou quatre premiers jours, tandis que les globules rouges augmentent proportionnellement et atteignent leur maximum de 100 à 600 mille.

A mesure que l'enfant reprend du poids, les globules

blancs augmentent et sont plus nombreux que chez l'adulte. La moyenne est de 7 à 9,000, tandis que les globules rouges diminuent sur le nombre initial.

Ces fluctuations, dans la composition anatomique du sang, se rapportent évidemment à son état d'évolution. Elles sont sensibles d'un jour à l'autre, et c'est là son caractère essentiel. (*Acad. des sc.* mai.)

SCARLATINE. *Néphrite interstitielle.* Des recherches anatomo-pathologiques faites par le docteur Klein sur une série de 23 victimes de la scarlatine, dont 20 enfants de 2 à 12 ans et 3 adultes, morts aux différentes périodes de la maladie, c'est-à-dire du deuxième au quarante-quatrième jour, il résulte que les premières modifications pathologiques sont limitées à l'appareil vasculaire du rein. Ce sont la prolifération nucléaire de l'épithélium des glomérules du corps de Malpighi et une dégénérescence hyaline des artères afférentes ainsi que des capillaires du réseau de Malpighi déterminant l'imperméabilité des glomérules et une transformation fibreuse, analogue au changement hyalin fibroïde signalé dans la paroi artérielle par MM. Gull et Sutton dans la maladie de Bright. Elle se rencontre dès le début et existait chez un enfant mort le second jour.

Cette lésion ne serait donc plus un signe de la maladie de Bright, car le docteur Klein a non-seulement rencontré ces altérations dans le rein des scarlatineux, mais dans les artères de l'intestin dans la fièvre typhoïde. Il n'y a donc pas lieu de s'appesantir sur l'interprétation donnée à cette modification anatomique, car, comme l'a fait remarquer le docteur Murchison, ce changement microscopique, que l'on est habitué à considérer comme une dégénérescence exclusive à la maladie chronique de Bright, se rencontrerait alors qu'il n'y a encore que des lésions de la structure glandulaire à peine marquées.

Le docteur Greenfield confirme cette démonstration par ses propres recherches sur les lésions rénales dans la scarlatine, pendant les quatre dernières années, qui lui ont montré des changements interstitiels très-marqués dans la plupart des cas. C'est aussi la conclusion émise par M. Charcot, il y a trois ans environ, comme résultat de ses investigations de spécimens aux diverses périodes de la maladie : qu'une

néphrite interstiticlle, paraissant primitivement autour des glomérulcs, était lc caractèrc essenticl du rein des scarlatineux. (*Soc. pathol. de Londres*, 17 avril.)

Scarlatine puerpérale. Sa fréquencc en Angleterrc a provoqué, il y a un an, à la Société obstétricalc de Londrcs, une dissertation dans laquclle se sont produites les opinions les plus hétérodoxcs sur la pathogénic de cette éruption. Des orateurs en ont fait une complication de la fièvre puerpérale, tandis que d'autres n'ont vu dans celle-ci qu'une scarlatine fruste, parce que des enfants et des gardes malades auraient été atteints dc cettc fièvre éruptive après avoir soigné les femmcs dc la fièvre puerpérale.

Contre l'essentialité de cette forme spéciale de la scarlatine, on a prétendu encore qu'elle n'était pas contagieusc et quc lcs épidémies, en se développant surtout dans lcs Maternités, ne s'étendaient pas au dehors ; que l'angine était peu marquée, sinon abscnte, qu'elle survenait toujours dès les premiers jours après l'accouchement et qu'elle avait alors la malignité de la fièvre puerpérale.

M. Olshausen a réagi contre ces assertions par des faits. Fondé sur 141 observations, il montrc que cettc scarlatine est contagicusc comme l'autre et qu'elle en a tous les caractères, que la femme cn est presque à l'abri pendant sa grossessc et qu'ellc débute seulement après l'accouchement, avec cette remarquc qu'clle est d'autant plus grave qu'elle en cst plus rapprochée.

6	fois seulement la maladie débuta pendant la grossesse.	
8	fois immédiatement après l'accouchement.	6 morts.
62	fois du 1er au 2e jour des couches	35 morts.
27	fois le 3e jour........................	14 morts.
22	fois après..............................	3 morts.

Dans ce nombre figurent 62 primipares, ce qui montrc qu'clles y sont les plus exposées. La gravité dépend, outre le rapprochcment de l'accouchcment, du caractère épidémiquc, des lésions des organcs génitaux et surtout la diarrhée. L'emploi des purgatifs cst ainsi contre-indiqué.

Tout en admcttant qu'il y a des fièvrcs puerpérales avec éruption scarlatiniforme, l'auteur est d'opinion quc ce sont deux affcctions bicn distinctcs ayant leurs symptômes et

leur marche caractéristiques. Si la sensibilité hypogastrique et un peu de tuméfaction utérine se manifestent fréquemment dans la scarlatine puerpérale, ce n'est pas une raison pour les confondre. Toute complication fébrile et surtout une fièvre aussi grave est de nature à troubler l'involution utérine. Et quant à la péritonite, elle a été observée si rarement que cet argument est sans valeur. (*Arch. für gynekol.* 1876.)

SEPTICÉMIE. *Ferments figurés.* A l'appui de la démonstration faite par M. Pasteur que la bactéridie productrice du charbon est différente de la bactéridie de la putréfaction qui produit la septicémie (V. CHARBON), M. Feltz a fait la contre-épreuve que celle-ci ne résulte pas d'un ferment soluble, mais d'un ferment figuré, c'est-à-dire d'un organite vivant. Du sang de chien, défibriné et putréfié à une température constante de 40°, injecté dans la veine crurale d'autres chiens à la dose de 2, 3 et 4 centimètres cubes, donna lieu rapidement à tous les signes de la septicémie; mort du 7e au 12e jour de l'infection.

Au contraire, ce sang putréfié, à réaction alcaline, divisé en trois portions égales, a été soumis séparément à un double traitement par l'alcool à 75, 80 et 98°. Le précipité, desséché par la machine pneumatique et traité par l'eau distillée, a été injecté séparément à la dose de 7 centimètres cubes dans la veine crurale de trois chiens bien portants et observés pendant trois semaines ensuite, sans produire le moindre signe de maladie : ni diarrhée ni vomissement, température restée normale ainsi que l'appétit et le poids. Il ne contenait donc pas de ferment soluble.

D'un autre côté, il a chauffé du sang putréfié jusqu'à 80°, puis après avoir trituré le coagulum avec de l'eau distillée, il a surchauffé ce liquide jusqu'à 150°. Or, tandis que le premier conserve ses propriétés toxiques avec la bactéridie non détruite, le second n'est plus toxique par la destruction de ce ferment figuré à une autre température. (*Acad. des sciences*, avril.)

SPINA BIFIDA. *The treatment of spina bifida*, par le docteur J. Morton, professeur de clinique chirurgicale à l'infirmerie royale de Glasgow; brochure in-8°.

Relation de 15 cas de spina bifida traités depuis 1871 avec la solution suivante :

℞ Iode	10 grains	0 gr. 65
Iodure de potassium	30 —	1 — 95
Glycérine	1 once	31 — »

Mêlez.

Après avoir ponctionné la tumeur et laissé écouler un peu de liquide, on injecte cette solution en quantité proportionnelle au volume de la tumeur. Deux grammes suffisent en général. Voilà ce que l'auteur appelle sa *nouvelle méthode*. L'extrait d'une des dernières observations ne sera pas de trop pour en faire comprendre la valeur.

Enfant de quinze jours portant un spina bifida à la région lombaire, du volume d'une pêche, sans aucune complication locale ni générale; pas de paralysie. La distension et l'amincissement des parois au sommet faisant craindre une perforation spontanée, une ponction est faite le 14 septembre. On laisse sortir un peu de liquide et l'on injecte ensuite 88 centigrammes de la solution iodo-glycérinée. Occlusion avec le collodion, application d'une compresse collodionnée. La tumeur devient dure et diminue de volume.

Seconde injection, le 26 septembre, de quelques gouttes de la solution. Un mois après, la guérison est complète. (*Lancet*, vol. II. 1876.)

15 guérisons sans un seul insuccès dans les spina bifida de la région lombaire témoignent de la valeur de ce traitement. Le trocart et la canule doivent avoir un certain calibre pour que la solution passe facilement et la piqûre doit être faite sur un des côtés et à la partie supérieure de la tumeur. L'ouverture doit être fermée immédiatement avec du collodion. On peut renouveler l'injection au besoin.

Un cas analogue, guéri par deux ponctions successives avec injection, est rapporté par le docteur W. Berry.

SPLÉNOTOMIE. Aux deux succès de M. Péan, signalés l'année dernière, il n'y a que des revers à citer aujourd'hui de l'étranger. Billroth en est le premier héros. Une dame de sa clientèle, âgée de 45 ans, présentant une rate énorme et très-dure, avec un nombre considérable de globules blancs dans le sang, il l'opéra, malgré cette complication. L'incision s'étendait de la largeur de la main au-dessus et

au-dessous de l'ombilic. La rate se présenta aussitôt, sans adhérences. L'épiploon gastro-splénique et les vaisseaux spléniques furents liés dans six ligatures de fil double et l'excision ne donna ainsi issue qu'à peu de sang. La rate mesurait 38 centimètres de long sur 8 de large et 7 d'épaisseur. Son poids était de 2,975 grammes. Les ligatures furent coupées à ras et des drains placés à demeure avant la suture de la plaie. Quatre heures après, l'opérée, ayant éprouvé un urgent besoin d'aller à la selle, rendait des scybales très-dures lorsqu'elle pâlit et succomba. Une ligature profonde au voisinage du pancréas s'était détachée et une hémorrhagie foudroyante en résulta. (*Wiener med. Woch.* nº 5.)

Ce résultat semble contre-indiquer les ligatures embrassant une grande masse, sinon l'opération elle-même, quand il y a leucocytose.

Elle a aussi été pratiquée, le 23 février dernier, par M. Browne à l'hôpital de Bromwich, sur un brasseur de 20 ans. Il n'y avait ni adhérences, ni pédicule. Quatre volumineuses artères furent rencontrées et liées préalablement, ainsi que les veines, par des ligatures doubles. Aucune hémorrhagie n'eut lieu. L'opéré se réveilla très-bien, mais, cinq heures après, il expirait soudainement malgré l'absence d'hémorrhagie. La rate était simplement hypertrophiée avec leucocythémie coïncidente et pesait dix-huit livres et demie, soit environ 7 kilogrammes. (*Lancet*, 1er septembre.) Nouvel exemple à mettre au passif de cette redoutable mutilation.

SPONDYLIZÈME. On donne ce nom à l'affaissement vertébral causé par la carie du corps des vertèbres lombaires et sacrées, par opposition au *spondylolisthésis* ou glissement vertébral résultant de l'altération de l'axe vertébral, étudié par Kilian. Ces deux altérations opposées, que le professeur Herrgott de Nancy a surtout fait connaître de la littérature allemande, ont une égale valeur en obstétrique. Dans le spondylizème, la colonne s'affaisse et s'incline tellement sur elle-même qu'elle peut couvrir le détroit supérieur et empêcher l'engagement fœtal dans le canal. Le diamètre sacro-pubien conserve sa longueur normale et peut même être augmenté par la diminution de la hauteur du sacrum, mais le détroit à franchir est représenté par une ligne qui, du pubis, s'étend au corps de la ou des vertèbres inclinées en avant.

Dans la spondylolisthésis, ce diamètre est au contraire rétréci par l'interposition du corps des vertèbres lombaires entre le sacrum et le pubis, par leur glissement dans le canal au devant du sacrum. Plus grave est donc cette lésion que la première, mais les faits prouvent que ces conséquences du mal de Pott peuvent conduire aux plus tristes nécessités obstétricales. C'est pourquoi ces distinctions, peu connues en France, méritent d'être étudiées comme M. Depaul l'a fait dans son rapport. (*Acad. de méd.* janvier.)

Le spondylisème ou affaissement vertébral, suite du mal vertébral de Pott (cause nouvelle d'altération pelvienne), comparé à la spondylolisthésis ou glissement vertébral, par J.-F. Herrgott, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Nancy.

SURDITÉ. *Invasion syphilitique du labyrinthe.* Elle se distingue, d'après Moos, par son début brusque et rapide. Un homme de 44 ans, en proie à une syphilis constitutionnelle depuis sept ans, se plaignit tout à coup de bruits effrayants de toute sorte dans les oreilles et de vertiges. L'ouïe était intacte et l'inspection de l'oreille ne révélait aucune lésion. Trois mois après, la perception des bruits et le tictac d'une montre était diminuée, mais la conversation était encore perceptible. Six semaines après, cette perception de la voix était très-diminuée et, en huit jours, la surdité fut complète.

La mort survenue par une bronchite quelques jours après montra, par la dissection d'une oreille, la sclérose de l'os pétreux. Les oreilles externe et moyenne étaient partout normales, le labyrinthe seul était profondément modifié. Le périoste du vestibule était épaissi et la base de l'étrier presque immobile; le tissu connectif était hyperplasié et infiltré de petites cellules. Le périoste de la lame spirale et les différentes zones de sa membrane étaient également infiltrées, surtout les piliers et les arcs de Corti. Le nerf acoustique était sain.

Ces lésions histologiques correspondent avec la description de Virchow et Wagner du début des tumeurs syphilitiques et montrent qu'elles sont le processus pathologique de l'otite syphilitique. C'est ainsi que Hinton avait observé qu'une surdité brusque et rapide en est un symptôme dis-

tinctif. De là l'importance d'administrer le spécifique dès son apparition, car, plus tard, la surdité est incurable. (*Virchow archiv*, t. 69, mars.)

SUTURE DES TENDONS. Contre l'opinion émise par M. Terrier que le fil métallique provoquait la suppuration et que ce n'était que par l'adhérence des tendons à la peau que les fonctions se rétablissaient (V. *année* 1876), M. Notta rapporte quatre nouveaux faits et une expérience sur le chien prouvant le contraire. Dans les deux premiers cas, la suture du tendon faite bout à bout avec un fil d'argent, la peau étant réunie par-dessus par une suture entortillée, la réunion se fit immédiatement sans adhérences.

Dans les deux autres cas, les plaies ayant suppuré, la réunion s'est faite dans les mêmes conditions.

Les tendons répondant au tendon d'Achille chez une chienne ,ayant été divisés transversalement et réunis par un fil métallique, l'animal a marché parfaitement ensuite, et l'autopsie a montré que la suture, perdue comme au milieu d'une gangue tendineuse, n'adhérait pas à la peau. Il est donc ainsi démontré que les tendons extenseurs des doigts, rapprochés exactement par une suture métallique, se réunissent sans adhérer au tissu cicatriciel voisin. (*Soc. de chir.* avril.)

Ischémie. Pour rechercher les bouts sectionnés, M. Le Dentu emploie l'appareil d'Esmarch et débride. Pour obtenir un affrontement parfait, lorsqu'il s'agit de tendons forts et cylindriques, il fait une double suture. L'une, appelée suture d'appui, est une sorte de cadre constitué par un fil métallique passant successivement et horizontalement à travers les deux bouts tendineux, à une certaine distance de leur extrémité. On arrête en plaçant deux tubes de Galli. La seconde suture, dite d'affrontement, est pratiquée suivant la méthode qui sert dans les opérations de fistule vésico-vaginale. Un tendon de grand palmaire suturé ainsi a supporté un poids de 500 gr. Quand les surfaces des sections étaient obliques, il supportait 1,200 grammes. Quand le tendon est grêle, on ne place pas de suture de soutien et l'on a quelquefois avantage à réunir au tendon voisin. Quand il s'agit de tendons plats, il faut superposer les deux

bouts et faire quelques points de suture transversaux et peu étendus. (*Congrès intern. de Genève.*)

Une légère modification hémostatique est apportée par M. D. Mollière pour cette opération. Ayant remarqué que l'ischémie absolue des tissus empêchait de reconnaître facilement les extrémités séparées des tendons qu'il voulait suturer, il appliqua la bande élastique d'Esmarch immédiatement au-dessous du point où doit être pratiquée l'opération, au lieu de commencer à l'extrémité du membre. Grâce au sang resté ainsi dans les vaisseaux, il a pu exécuter facilement cette recherche, lier les artères et même les orifices veineux, s'il est nécessaire, de façon à être complétement à l'abri de toute hémorrhagie ultérieure avant d'enlever la bande élastique. (*Soc. de chir.*, 14 février.)

Pansement phéniqué. Il a été employé avec succès par M. Th. Annandale, à l'infirmerie royale d'Édimbourg, le 13 mars dernier, sur un marin de 37 ans, qui, deux mois auparavant, en laissant tomber accidentellement une hache sur le bas de la jambe gauche, s'était fait une plaie un peu audessus du talon. Le pied fut placé dans l'extension jusqu'à la cicatrisation de la plaie, mais lorsqu'il commença à le mouvoir, il ne le put pas. Un intervalle très-distinct d'un pouce et demi existait entre les deux extrémités du tendon d'Achille, divisé sans la moindre trace d'union entre eux. L'extrémité supérieure adhérait à la peau et, quand les muscles du mollet étaient en contraction, la peau et les tissus environnants étaient seulement mis en action, sans aucune influence sur le talon.

La bande d'Esmarch étant appliquée jusqu'au-dessus du genou, une incision de trois pouces de long environ fut faite sous le nuage phéniqué, le long du bord interne du tendon divisé. La dissection des parties montra le tendon complétement divisé à un pouce trois quarts de son insertion calcanéenne. Les extrémités étaient rétractées à une distance d'un pouce et demi avec un épais kyste ou sac entre elles rempli de liquide sanguinolent. Aucune union n'existait entre elles. Le fragment inférieur était parfaitement libre, tandis que le supérieur adhérait à la peau et à la cicatrice de la plaie. L'ayant séparé de ces adhérences, ils furent affrontés bout à bout, après être rafraîchis l'un et

l'autre, en fléchissant la jambe presque à angle droit. Deux sutures avec le fil de catgut phéniqué les réunirent et le pansement antiseptique fut ensuite terminé et continué jusqu'au 1er avril suivant. On relâcha ensuite la jambe peu à peu, afin d'obtenir l'allongement du tendon, et, le 22 avril, l'opéré quittait l'infirmerie marchant très-bien, sans gêne ni fatigue, avec une union solide et parfaite des deux fragments. (*Lancet*, nº 18.)

L'auteur attribue ce brillant résultat d'une suture externe du tendon d'Achille obtenue sans suppuration à l'emploi du traitement antiseptique. Les succès obtenus par anastomose en France prouvent qu'il n'est pas indispensable. (V. *année* 1876.) C'est le premier exemple obtenu en Angleterre, car la réunion de ce tendon, par le docteur Little, résultait d'une division sous-cutanée. C'est donc un nouveau succès à enregistrer.

De la suture des tendons, par le docteur Félix Rochas, Paris. Monographie très-complète sur la ténorrhaphie.

SYPHILIS. *Tuméfaction de la rate*. Comme l'avait déjà indiqué M. E. Besnier dans le *Dictionnaire encyclopédique*, Vewer a observé six fois une tuméfaction très-évidente de la rate dans 70 cas de syphilis constitutionnelle récente. Aucune autre cause ne pouvant expliquer ce symptôme, force est donc de l'attribuer à la vérole. Et la preuve, c'est qu'il disparut après 30 à 60 jours, avec les autres accidents coexistants, sous l'influence du traitement spécifique.

Dans trois cas, ce symptôme apparut. Dans l'un, le 55e jour après l'infection, dans l'autre, 36 jours après l'apparition du chancre, et, dans le dernier, le cinquième jour après les symptômes généraux. Il y a donc lieu d'en tenir compte. (*Deutsch archiv für klin. med.* 1876.)

Lymphangite gommeuse des bras. Chez un tailleur de 53 ans, petit, maigre, chétif, ayant eu un chancre induré 30 ans auparavant, il apparut en 1876, sur les avant-bras et les jambes, une éruption coïncidant avec des douleurs nocturnes de la tête et des membres pour lesquelles il entra à l'hôpital Saint-Louis. Le docteur Lailler observa alors, sur les deux avant-bras et sur la face antérieure de la jambe

droite, des taches ovoïdes d'un rouge cuivre, larges comme une grosse lentille, séparées les unes des autres, saillantes à la vue et au toucher, avec une desquamation marquée, sans croûtes ni ulcérations. Elles semblent constituées par un épaississement de la peau, élastique, chondroïde, à grand diamètre, dirigé dans le sens de la longueur du membre, et dont les plus étendues se dirigent vers les ganglions correspondants, mais sans cordon sensible. Les ganglions sont un peu plus durs et plus volumineux qu'à l'état normal, notamment les ganglions épitrochléens.

Le mode de groupement de ces taches et leur disposition en plaques allongées, ovoïdes, comme après une lymphangite inflammatoire, les font localiser au système lymphatique qui est toujours le point de départ des gommes. Ce serait donc le premier exemple d'un lymphangiôme tertiaire gommeux, prévu et annoncé par M. Verneuil, dès 1871. (*Soc. méd. des hôpitaux*, février.)

Paralysie du nerf mentonier. Un homme de trente-cinq ans, qui avait contracté la syphilis en 1872 et suivi un traitement mercuriel, vint consulter M. A. Fournier en 1875, pour un sarcocèle syphilitique qui guérit en quelques semaines. En octobre 1876, le malade revint. Il ne sentait plus rien dans la moitié droite de la lèvre inférieure et la partie correspondante du menton. Ce symptôme bizarre était survenu soudainement. On constate, en effet, une abolition complète de la sensibilité. Il y a à la fois analgésie et anesthésie, les mouvements de la lèvre sont conservés.

Au toucher, on reconnaît une tuméfaction douloureuse du maxillaire inférieur : c'était une exostose syphilitique de la branche horizontale du maxillaire aux environs du trou mentonier. D'où la paralysie symptomatique du nerf par compression.

Ce diagnostic fut confirmé par la disparition très-rapide des accidents sous l'influence de trois grammes d'iodure de potassium par jour. Un fait exactement semblable, dû à Rostan, est rapporté dans le *Traité des affections nerveuses syphilitiques* de Zambaco. (*Gaz. hebd.*, 22 décembre 1876.)

Fumigations de calomel. Voici comment M. Horteloup les administre. Le malade, déshabillé, est assis sur une chaise

percée de trous. Entre les pieds de la chaise, on place une lampe à alcool vaporisant le calomel placé dans une capsule de porcelaine, entourée d'une espèce de gouttière remplie d'eau bouillante. Une grosse couverture recouvre le tout, excepté la tête du malade qui, en l'entr'ouvrant de temps en temps, aspire largement la vapeur. Une sudation abondante en est le résultat; après 25 minutes, le malade ainsi enveloppé retourne à son lit, où il reste pendant une heure.

Ce moyen, simple et facile, employé contre une syphilide papuleuse du visage, chez une femme infectée depuis deux ans et demi sans traitement, amena une guérison complète après quatre mois de séjour à l'hôpital. (*Ann. de dermatol.* 1876.)

Injections mercurielles. Le traitement hypodermique de la syphilis continue à préoccuper l'école de Vienne. L'insuccès de ces injections et les accidents locaux qu'elles provoquent ont conduit M. Bamberger à employer une solution d'albuminate de mercure contenant un centigramme d'une solution de sublimé à 5 pour 100 par centimètre cube de la solution albumineuse. Mais cette préparation, se rapprochant de la formule de M. Staub de Strasbourg, est très-compliquée et d'une conservation difficile. Elle n'a produit aucun accident local ni salivation. Ces injections réussissent surtout contre les infections récentes. (*Wiener mediz. Wochens.* n° 11, 1876.)

Grünfeld s'est assuré que si cette solution est préférable à la solution aqueuse, l'injection en est encore suivie d'une sensation immédiate de brûlure ou de cuisson qui persiste plusieurs heures. Une plaque d'induration de plusieurs centimètres de diamètre y succède, qui persiste plus ou moins douloureuse pendant trois à quatre semaines, quand elle ne passe pas à suppuration ou à sphacèle. (*Idem*, nos 35, 36 et 38.)

Des expériences de Redser, à l'hôpital militaire, ont confirmé ces résultats. Il propose l'addition d'un tiers de glycérine pour les atténuer et pour conserver cette préparation. (*Wiener med. Press*, n° 51, 1876.)

M. Bamberger remplace aujourd'hui l'albumine par la peptone, substance blanche, inodore, hygrométrique, du même genre et très-soluble dans l'eau. Un gramme de cette

peptone est dissous dans 50 centimètres cubes d'eau, à laquelle on ajoute 20 centimètres cubes de la solution mercurique précédente. Le nuage qui se manifeste disparaît par l'addition de 15 à 16 centimètres cubes d'une solution de chlorure de sodium à 20 pour 100. C'est la *peptone mercurique* qui aurait donné les meilleurs résultats.

Une solution plus avantageuse est encore formulée par Kratschmer. En voici la formule :

℞ Sublimé corrosif	1	gramme
Chlorure de sodium	6	—
Eau distillée	100	—

F. dissoudre et filtrer.

Pour plus de sécurité, on peut faire bouillir le sublimé, filtrer, laisser refroidir et décanter. En mêlant 10 centimètres cubes de cette solution à partie égale d'une solution saturée de chlorure de sodium, et en ajoutant 42 grammes 50 d'eau distillée, on a une solution au 100e dont la stabilité et l'efficacité sont supérieures à toutes les autres. Le sublimé ne précipite plus ainsi les solutions albumineuses, même saturées dans l'éprouvette, pas plus qu'au sein des tissus, et aucune induration locale ne se manifeste. (*Wiener med. Wochens.*, nos 47 et 48, 1876.)

Lewin a montré la valeur de ces injections de sublimé et leur innocuité par la statistique suivante : sur un total de 14,000 syphilitiques traités dans son service de la Charité de Berlin, par ce moyen, de 1865 à 1876, et auxquels 25 injections sont pratiquées en moyenne, il n'a compté qu'une vingtaine d'abcès consécutifs. Il n'en a observé qu'un ou deux cas sur 3,000 malades de l'hôpital et de la ville qu'il a injectés personnellement. Et ces abcès ont toujours été bénins et non gangréneux. Ces injections ne sont donc pas si dangereuses, mais elles déterminent parfois des douleurs si vives qu'on est obligé de renoncer à leur emploi.

L'avantage de ce traitement est la rapidité de la guérison et la diminution des récidives. De 1855 à 1865, la durée moyenne du séjour des prostituées à l'hôpital était de dix semaines et la proportion des récidives de 80 pour 100. L'usage des injections, dans les dix années suivantes, a réduit le séjour à l'hôpital à quatre semaines et les récidives à 40 pour 100, sans accidents graves comme auparavant. Il ne

s'agit que de continuer ces injections à intervalles éloignés pendant un an. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 45, 1876.)

Que dire, après cela, de la solution de bi-cyanure hydrargyrique, vantée par le professeur Sigmund? 30 centigrammes dans 35 grammes d'eau distillée est la dose fixée. 70 centigrammes sont injectés sans douleur ni réaction locale, mais toujours une tuméfaction plus ou moins persistante. 17 injections en 25 jours sont les proportions fixées pour... avoir le corps marqué de ces stygmates. (*Wiener med. Woch.* n° 37.)

On le voit, c'est à qui perfectionnera cette méthode, mais sans que l'efficacité, les succès, en soient assez convaincants pour la faire adopter. — Voy. IODISME PÉTÉCHIAL.

Syphilides ulcéreuses. La métamorphose du chancre et de l'érosion chancreuse, surtout en plaque muqueuse, et le nom d'*ulcus elevatum* qui lui a été donné, a conduit M. Verneuil à donner le même nom à une ulcération tertiaire analogue qu'il a observée sur deux hommes âgés. Le mal débute par de petites ulcérations sur les jambes, dont les unes se ferment, tandis que les autres se réunissent en plaie plus ou moins large. Le fond de celle-ci s'élève, végète, d'où résulte une tumeur indolente, recouverte de bourgeons charnus d'assez bonne apparence, à base ferme, élastique, adhérente aux parties sous-jacentes. Ces ulcérations existaient à la partie moyenne des jambes, sans dilatation variqueuse, directement en avant et en arrière, avec le tiers inférieur intact. Ce serait donc une variété nouvelle de la période tertiaire, si cette forme se confirme.

Le premier malade, âgé de 50 ans, portait, en avant et en bas de la jambe droite, une véritable tumeur large de six centimètres, longue de huit, et d'une saillie de quatre environ au centre. Elle avait commencé plus d'un an auparavant par de petites ulcérations circonscrites qui s'étaient réunies ensuite; couverte de pus sanieux et de débris grisâtres, cette surface devint rose, recouverte de bourgeons de bonne nature; absence complète de varices. Aucune trace de syphilis. Jambe gauche amputée depuis plusieurs années pour un ulcère très-étendu et très-ancien. La misère seule semblait la cause du mal.

C'est après l'emploi infructueux de tous les moyens internes et externes propres à modifier cette surface ulcé-

reuse, que M. Verneuil se décida à employer l'iodure de potassium et le sparadrap de Vigo qui, en 15 jours, diminua la tumeur et l'ulcération de moitié.

Le second, âgé de 35 ans, cachectique, maigre, pâle, bouffi, entre à la Pitié, le 2 décembre 1876, pour des ulcères multiples des membres inférieurs qui remontent à quatre ans et demi. Il avoue des habitudes d'alcoolisme et une syphilis mal soignée remontant à cinq ans. Des cicatrices de syphilides ulcéreuses existent sur le bras droit. Un état cirrhotique du foie rend compte de l'état général. Pas d'albumine dans les urines malgré l'infiltration. Rien au cœur.

A la partie antérieure et interne de la jambe droite existe, depuis trois ans et demi, un ulcère peu profond, large de 5 centimètres sur 7, à fond grisâtre, bords à pic, dentelés et décollés, qui aurait succédé à une contusion.

C'est à la jambe gauche que le mal a débuté, sans violence extérieure, par une série de boutons qui ont fini par former un vaste ulcère occupant la moitié de la circonférence de la jambe, de 8 à 9 centimètres transversalement et de 6 en hauteur, avec les mêmes caractères que le précédent. Une saillie convexe, bosselée, inégale, s'élevant de 2 centimètres, forme une tumeur au centre, mollasse à la superficie, analogue à celle de l'observation précédente.

Des ulcérations circulaires, ressemblant à des gommes ulcérées, existent en outre au niveau de la tubérosité antérieure du tibia et à la partie interne de la jambe. Toute la partie inférieure du membre est saine comme à droite. Aucun vestige de varices ni trace d'hyperostose.

L'emploi du proto-iodure, et de l'iodure de potassium ensuite, améliora aussitôt l'œdème et l'état général, mais les ulcères persistèrent, et ce n'est que sous l'action du sparadrap de Vigo qu'ils ont éprouvé une lente et légère amélioration. (*Gaz. hebd.*, n 3.)

Contre la nature syphilitique de ces ulcérations, on peut objecter leur persistance malgré le traitement spécifique. Mais la disparition de la tumeur fongueuse est la meilleure preuve de son action. On sait, d'ailleurs, que plus d'un accident tertiaire résiste longtemps à la médication spécifique, quand leur manifestation est ancienne, que les sujets sont cachectiques, et que la région se prête mal, comme ici, à la réparation des pertes de substance.

Syphilis cérébrale. *Lésions artérielles.* On ne la distingue guère jusqu'ici que par les lésions anatomo-pathologiques qu'elle produit. Les lésions des vaisseaux en sont les plus fréquentes et les principales, elles siégent dans le cerveau ou ses enveloppes, comme M. Lancereaux l'a encore établi au dernier Congrès de l'Association française. Les artères vertébrales, basilaires et autres, d'un petit calibre, en sont le siége ordinaire. La distinction avec l'athérome est basée seulement sur l'infection du sujet. Mais tandis que l'athérome se montre spécialement dans les artères volumineuses, l'artérite syphilitique existe seulement dans les petites artères cérébrales. Cliniquement, M. Lancereaux pense que quand les accidents de cette lésion spécifique se montrent chez des individus jeunes, sans autres maladies des artères, il y a lieu de recourir aussitôt à un traitement énergique par de hautes doses d'iodure et des frictions mercurielles. Il en fixe le début dans le tissu conjonctif qui en amène ainsi le rétrécissement et l'oblitération en s'organisant. C'est l'anévrysme, au contraire, qui en résulte quand la lésion ne s'organise pas. Les mêmes lésions s'observent dans la rétinite syphilitique, d'après M. Galezowski, et cette généralisation des lésions vasculaires mérite de fixer l'attention pour les recherches à faire dans les autres organes parenchymateux, comme le foie et les poumons.

Mais l'essentiel serait de connaître les symptômes cliniques que ces lésions provoquent pendant la vie, afin de pouvoir les combattre et en empêcher le développement par le spécifique. Car jusqu'ici les prodrômes, comme la céphalée, les vertiges, les vomissements, sont communs à d'autres lésions encéphaliques. Leur apparition remontant à plusieurs mois ou plusieurs jours en est le seul caractère distinctif. Rien n'est donc plus vague. L'épilepsie Jacksonnienne, du nom de l'observateur anglais qui en a le premier distingué le début et l'évolution des accès, est attribuée spécialement aux tumeurs gommeuses de la pie-mère envahissant plus ou moins certains points de l'écorce.

Heubner divise ces cas en trois groupes cliniques dont la céphalée est le prodrôme commun. Ses caractères sont d'être paroxystique, diffuse ou circonscrite et plus intense le soir. La douleur en est souvent augmentée par la pression sur certains points du crâne, ce qui indique des modi-

fications survenues dans les tissus externes. Elles sont plutôt dans la dure-mère, quand la douleur est continue, persistante.

L'insomnie en est souvent la conséquence, mais peut exister seule. Ensemble ou isolés, ces deux prodrômes précèdent toujours les accidents plus marqués et peuvent s'accompagner d'étourdissements, de troubles intellectuels, perte de la mémoire, etc. Une attaque soudaine survient alors qui marque le début du mal.

Le premier type est l'accès d'épilepsie Jacksonnienne avec paralysies incomplètes, transitoires, suivi d'un coma court. Les troubles intellectuels y succèdent ou s'aggravent et ressemblent à la paralysie générale sans l'exaltation. La parole est parfois lente, embarrassée ou troublée. Sur 26 cas où Heubner rencontra des tumeurs gommeuses de la pie-mère sur la convexité d'un hémisphère et envahissant plus ou moins l'écorce, il y avait eu 20 fois des attaques épileptiformes, tandis que, sur 19 cas où ces gommes occupaient la substance blanche ou la base du cerveau, ces convulsions ne furent observées que 2 fois. Elles sont donc la caractéristique de cette première forme.

La seconde est la forme apoplectique. Elle est caractérisée par une véritable attaque avec hémiplégie et suivie de sommeil se renouvelant fréquemment et changeant d'intensité. Ces attaques sont ordinairement précédées de paralysies de la face, d'une paupière surtout, ou de névralgies, sinon de contractions. C'est dans ces cas que l'on rencontre l'altération des artères cérébrales et leur oblitération qui, en produisant une ischémie permanente ou temporaire, amènent l'apoplexie et l'hémiplégie. La paralysie des nerfs crâniens est causée par leur implication dans la pie-mère infiltrée à la base du cerveau, sinon une lésion du tronc nerveux lui-même. Quant au sommeil, l'auteur l'attribue au rétrécissement des artères et aux troubles circulatoires, à la congestion collatérale, qui peuvent en résulter. C'est la forme la plus grave. Elle se termine souvent par la mort, même durant l'attaque. Plusieurs exemples en ont été exhibés à la Société pathologique de Londres.

Le troisième type est la paralysie générale des aliénés, moins le délire de grandeur, à moins qu'une nouvelle éruption syphilitique, une poussée sur les os, la gorge, le nez, ne vienne provoquer ce délire. Elle éclate ordinairement plus tôt

que les deux autres formes et suit de plus près les prodrômes de la céphalée et de l'insomnie. Des paralysies irrégulières se montrent ensuite subitement et disparaissent de même. Aucune lésion anatomique distincte n'a été constatée jusqu'ici et c'est surtout à la distinguer de la paralysie générale des aliénés qu'il faut s'appliquer. (*Encyclop. de Ziemssen*, t. XII, *Lancet*, n° 5, août, et *Lyon méd.* n° 3.)

Syphilis héréditaire. *Caractères différentiels.* Par son évolution plus rapide, sa vie apparente plus courte, plus active, non interrompue par les périodes de repos ou d'éclipse qui ont lieu si souvent dans le cours de la syphilis acquise, elle est à celle-ci, dit M. Parrot, ce que le mode aigu est au mode chronique en nosologie. Par l'âge des sujets qu'elle frappe, les troubles fonctionnels, les manifestations subjectives n'ont ici qu'une importance de second ordre, tandis que les lésions périphériques apparentes, cliniques ou bien profondes et cachées, ont la plus grande importance. Seules, elles éclairent la modalité héréditaire et sa physionomie propre.

Si, pendant la vie, la peau et les muqueuses sont couvertes de taches, de plaques, de tubercules, de croûtes, d'ulcères, si en quelques points le squelette est anormalement saillant et déformé, c'est surtout après la mort que le scalpel et le microscope en découvrent les lésions principales que leur profondeur dérobait à l'observation.

Et cherchant dans l'analyse de ces lésions une formule caractéristique, il la trouve dans l'*hyper-sclérose de tous les organes*. La charpente conjonctive est essentiellement et primitivement atteinte à la surface du corps comme dans sa profondeur, dans la peau comme dans les os. Si le travail morbide est porté à son maximum de fréquence et d'intensité dans les os, c'est qu'en eux le tissu conjonctif se présente dans sa plus grande simplicité, ces organes n'étant en réalité qu'une trame conjonctive pétrifiée.

Ces lésions du tissu conjonctif ne sont pas toujours isolées, mais les autres n'existent jamais sans elles et leur sont toujours subordonnées. Si les cellules épithéliales des alvéoles du poumon, des tubes rénaux et des testicules, sont altérées ou détruites, c'est parce que le tissu conjonctif a été primitivement malade et a pris un accroissement démesuré. Leur

altération est mécanique; elles meurent par compression, par étranglement. (*Rev. mensuelle de méd. et chir.* septembre.)

T

TAILLE. *Thermo-cautère.* L'action hémostatique de cet instrument ayant été utilisée dans la trachéotomie pour la division des parties molles, il était naturel que l'usage s'en étendît à la taille. L'indication était la même : prévenir les hémorrhagies qui en sont le danger capital. M. Verneuil paraît y avoir eu recours le premier en 1876 pour un calcul logé dans la prostate. La taille prérectale fut faite avec le thermo-cautère. Un fragment de calcul, resté dans une plaie de taille, fut aussi retiré par des débridements faits avec cet instrument. Enfin une taille fut exécutée par lui et une autre par M. Th. Anger, qui tous deux en ont obtenu un complet succès.

Comme dans la trachéotomie, le thermo-cautère sert simplement à faire l'incision préliminaire, c'est-à-dire jusqu'à ce que la rainure du cathéter, introduit dans la vessie, soit rendue appréciable. Elle ne donne pas lieu ainsi à la moindre perte de sang, et l'on opère couche par couche comme sur le cadavre. L'absence de sang permet de voir jusqu'au fond de la plaie et de diriger l'instrument avec précision à l'œil, tandis que le doigt seul peut le guider avec l'instrument tranchant. La ponction de la vessie et la division de la prostate ont été faites jusqu'ici avec le bistouri.

M. Guyon trouve que l'on ne se met pas ainsi à l'abri des hémorrhagies, surtout si le calcul est volumineux. Autrement la plaie est d'une bénignité parfaite, exempte des infiltrations septiques et de la stagnation de l'urine dans les culs-de-sac. La cicatrisation en est pourtant plus lente. (*Soc. de chir.* juillet.)

THÉRAPEUTIQUE. Afin de juger de ses variations et de son état actuel, MM. les professeurs Lasègue et Regnault se sont livrés à un curieux calcul. Scrutant et analysant les livres et les pièces comptables de la pharmacie centrale de Paris, dont M. Regnault est le directeur, ils ont pu marquer en chiffres, et pour ainsi dire mathématiquement, le mou-

vement, les fluctuations que l'emploi des divers médicaments a subi de 1855 à 1875, dans les 20 dernières années. On voit là toutes les modifications possibles. Tandis que certains médicaments, comme les anesthésiques, les alcooliques, par exemple, prennent une vogue, un accroissement inouis, la consommation d'autres reste stationnaire et l'emploi de quelques-uns décroît à vue d'œil. Il est donc intéressant de signaler les résultats les plus saillants de cette statistique des médicaments qui reposent sur un budget annuel de plus d'un million de francs.

Emissions sanguines. C'est à partir de 1820 que, sous l'influence de la doctrine antiphlogistique de Broussais, l'usage des sangsues a commencé à se répandre. L'accroissement et le déclin de cette médication sont figurés dans un tableau marquant le nombre de sangsues achetées chaque année, de 1820 à 1874, et le montant de la dépense annuelle. La moyenne annuelle, de 183,000 de 1820 à 1824, s'élève à 508,000, dans les six années suivantes. Elle atteint 828,000 de 1830 à 1842 avec un maximum d'un million. Mais le déclin se manifeste bientôt et lorsque l'administration des hôpitaux craignait de se voir ruiner par l'hirudomanie, la consommation diminue presque régulièrement d'année en année, surtout à partir de 1850 où elle s'accentue, au point de tomber à 49,000 en 1874.

La dépense annuelle suit les mêmes fluctuations, s'élevant graduellement jusqu'au chiffre de 158,900 francs en 1840 et 123,000 l'année suivante. C'en fut le maximum; tandis que la dépense moyenne de 1870 à 1875 fut seulement de 1,800 francs. C'est donc l'indice d'un abandon presque complet de cette médication.

Anesthésiques. C'est absolument le contraire des anesthésiques dont l'emploi augmente d'année en année depuis leur découverte. De 195 kilogr. en 1855, la consommation de l'éther sulfurique s'élève graduellement à 614 en 1875, malgré le chloroforme qui le supplante bientôt. De 141 kilos 225 gr. en 1855, celui-ci s'élève à 308 en 1875.

Le chloral suit une progression plus rapide encore. En 1869, on n'en demandait que 5 kilogr.; en 1875, on en a consommé 360 kilogr. 1/2.

L'iodoforme, de 250 grammes en 1859, s'élève à plus de 20 kilogr. en 1875.

Au bromure de potassium le plus grand succès; sa consommation s'est élevée d'un peu plus de 3 kilogr. en 1855, à près de 800 kilogr. en 1875. Celui de sodium n'a pas suivi à beaucoup près la même progression. De 500 grammes en 1868, la consommation s'est rapidement élevée à 13 kilog. 590 grammes en 1873, pour décroître de même en 1875. Ces chiffres ne reflètent-ils pas bien l'enthousiasme peu fondé des médecins pour certains médicaments, d'après le discrédit dans lequel leur usage tombe bientôt? C'est la démonstration mathématique que, dès qu'un remède est en vogue, chacun veut l'expérimenter.

Quant à l'emploi de l'opium, de 1855 à 1875, il n'a subi que des variations insignifiantes.

Il n'en est pas de même de la morphine, — sans doute à cause de l'emploi généralisé des injections hypodermiques, — car, de 275 grammes en 1855, son emploi s'est élevé, en 1875, au chiffre énorme de plus de 10 kilogrammes.

La codéine a suivi le même mouvement ascensionnel. De 15 grammes en 1867, la consommation s'élevait à 704 en 1875. C'est le contraire de la narcéine.

Mais l'augmentation la plus énorme qu'ait subie une substance médicamenteuse est celle de l'alcool dans les hôpitaux et hospices de Paris. Ainsi, en 1855, l'Assistance publique ne consommait pour ses malades que 1,270 litres d'alcool; en 1875, elle en a consommé 37,578 litres. La consommation du rhum et de l'eau-de-vie a suivi la même proportion; également pour le vin rouge, alors que celle du vin blanc a sensiblement diminué.

L'augmentation du café et surtout du thé est aussi plus que doublée.

Végétaux narcotiques. Malgré les récents travaux et les expériences sur l'action de l'aconit et l'extraction de son alcaloïde, l'emploi des feuilles et des racines de ce médicament n'a eu qu'un succès très-éphémère et est retombé aujourd'hui dans le même délaissement qu'il y a 20 ans. Les derniers résultats contradictoires obtenus par MM. Gubler, Oulmont, Laborde et d'autres, ne peuvent guère en accréditer l'usage.

De plus grandes oscillations ont marqué l'administration de la ciguë, mais sans que le rôle en soit définitivement fixé.

La rivalité qui s'est établie entre la belladone, la jusquiame et le datura, semble avoir abaissé la faveur de la première, car, de 1,494 kilogr. de feuilles fraîches et sèches en 1855, la consommation, après des oscillations annuelles de 3 à 4,000 kilogr., est tombée en 1875 à 698. L'emploi de l'atropine peut, il est vrai, remplacer ce déficit. Le sulfate d'atropine, d'une consommation de 9 grammes en 1855, s'est élevé au-dessus d'un kilo en 1873 et atteignait encore 780 grammes en 1875.

L'emploi des feuilles de datura a presque doublé de 1855 à 1875, celui des feuilles de jusquiame a sextuplé, mais sans que l'usage des alcaloïdes de ces plantes ait suivi une aussi grande progression. De 5 grammes, la consommation de l'hyoscyamine s'est élevée au maximum de 48,5 en 1874.

Digitale. Comme les plantes précédentes, la consommation de celle-ci a varié; celle des feuilles a augmenté jusqu'à la découverte de la digitaline cristallisée qui, par son dosage facile surtout en granules, tend à remplacer l'infusion et la poudre depuis quelques années.

Emétiques. La faveur semble s'être portée de préférence sur l'emploi de l'ipécacuanha dont la consommation s'est élevée de 76 kilogr. à 163, dans ces 20 années, tandis que celui du tartre stibié est tombé de 10 k. à 3. Celui du kermès a aussi augmenté notablement, soit de 10 à 36 kilos. Les autres n'ont varié que dans de faibles proportions.

Antispasmodiques. En raison même de leur rôle indéterminé, l'emploi de ces médicaments a peu varié. L'usage de la racine de valériane s'est le mieux soutenu. De 146 k., il s'est élevé à 261. De 255, la consommation du camphre s'est aussi élevée à 905, mais c'est à cause de son emploi multiple en dehors de ses propriétés antispasmodiques. Celui du musc, de l'assa fœtida, du castoréum, a plutôt diminué, ainsi que de l'acide cyanhydrique, mais celui de l'eau de laurier-cerise s'est élevé de 145 k. à 379.

Toniques, anti-périodiques. En même temps que l'usage

des stimulants, des excitants, comme l'alcool, le vin, le café, le thé, augmentait dans des proportions considérables, dans les hôpitaux de Paris, tandis que parallèlement les émissions sanguines diminuaient, la consommation du quinquina augmentait aussi dans des proportions équivalentes, ainsi que celle des autres amers. Un changement absolu de thérapeutique s'opérait. Comme si les générations soumises à la diète, aux saignées et aux sangsues, perdant de leur force et de leur vigueur par ces spoliations à outrance du fluide vivifiant, n'avaient produit que des enfants d'une constitution affaiblie, détériorée, on s'appliqua à les nourrir, les fortifier, les tonifier. De 20,000 k. de quinquina gris et calisaya, en 1855, la consommation s'en élevait à 150,988 en 1870 et 103,839 en 1875. Sans compter le sulfate de quinine dont l'emploi est monté aussi de 24,525 grammes à 65,952. De 1,210 kil. de houblon de 1855 à 1860, la consommation s'élevait à 3,734 de 1870 à 1875. L'usage de la racine de gentiane montait aussi de 524 kil. à 1518 pendant ces 20 ans; le quassia de 31 kil. à 271 et le columbo de 12 à 44, tandis que la consommation de la chicorée sauvage, de la camomille et de l'absinthe, est restée stationnaire.

Un des médicaments nouveaux qui a obtenu le plus étonnant succès depuis son introduction pour rétablir les fonctions digestives, c'est la pepsine. De 200 grammes en 1860, la consommation s'en est graduellement élevée, d'année en année, jusqu'à 44 kil. en 1874. Aucun n'a peut-être conquis aussi vite la faveur publique.

La contradiction de cette thérapeutique diamétralement opposée, en moins d'un demi-siècle d'intervalle, ne s'explique ainsi que par un changement de constitution des malades et de la nature des maladies. Autrement, il faudrait accuser les médecins de se laisser guider par la mode et des doctrines systématiquement contradictoires.

Tétaniques. Tandis que les progrès accomplis en pathologie nerveuse, dans les vingt dernières années, ont contribué à tant augmenter l'emploi des sédatifs du système nerveux comme le bromure de potassium, le chloral, le chloroforme, l'éther, la morphine, ils ont produit un effet nul sinon contraire, quant aux excitants de la sensibilité et surtout du mouvement. La consommation de la noix vomique

n'a augmenté que de 2000 grammes dans les dix dernières années et celle de son alcaloïde, la strychnine, a même diminué. De même de la brucine, la cévadille et la vératrine. Seul, l'usage du seigle ergoté a augmenté dans des proportions notables. De 277 kilos dans les dix premières années, il s'est élevé à 653 dans la décade suivante. La fève de Saint-Ignace a suivi une progression plus grande. De 2150 grammes dans la première décade, l'usage s'en est élevé à 18 kilos dans la seconde.

La précision de l'emploi de ces alcaloïdes en granules devrait cependant en faciliter et en étendre l'usage.

Purgatifs. Sans que la méthode évacuante ait repris tout l'empire qu'elle avait autrefois, les purgatifs salins sont assez fréquemment employés au début et dans le cours d'un traitement, comme accessoires ou pour remplir une indication passagère, pour que la consommation en ait augmenté beaucoup. L'usage en serait bien plus étendu, suivant M. Lasègue, si, au lieu de solutions artificielles, concentrées et désagréables, on mettait à la portée des médecins des hôpitaux les eaux minérales purgatives naturelles, comme celles de Pullna, de Seidschutz et de Sedlitz.

De 1669 kil., la consommation du sulfate de magnésie s'est élevée en moyenne à 2200 et jusqu'au maximum de 2873 en 1869. Celle du sulfate de soude, tout en variant de 200 kil. d'une année à l'autre, n'est jamais descendue au-dessous de 800 kil., ni montée au-dessus de 1300 en 1870.

Celle de la magnésie calcinée, de 45 kil. en 1855, s'est élevée à 130 en 1867, pour redescendre à 99 en 1875.

Tous les autres sels purgatifs, comme la crème de tartre soluble, le sulfate de potasse, le sel de Seignette, qui ont joui d'une certaine faveur, sont généralement délaissés parce qu'ils fatiguent vite l'estomac quand on est obligé d'en répéter l'emploi. Preuve que les eaux purgatives naturelles seraient plus usitées dans les hôpitaux si elles étaient à la disposition des médecins.

Les purgatifs végétaux sont moins employés que les minéraux. Pour 18,690 kil. de sels purgatifs, consommés en 20 ans, il n'y a que 10,707 kil. de purgatifs végétaux, mais ceux-ci prennent évidemment le dessus et, s'il est vrai que les médications végétales ne sont pas en crédit, pas plus

les tisanes que les poudres, cette classe spéciale de produits végétaux est manifestement en faveur. L'huile de ricin jouit de la préférence. De 1063 kil., son emploi a monté à 3,389 en 20 ans. Le séné, la manne, sont au contraire en diminution. Le tamarin a doublé à peine, tandis que la rhubarbe, de 29 kil., s'est élevée au maximum de 119 en 1870.

Au total, l'ensemble de ces purgatifs, qui s'élevait à peine au tiers en poids des sels purgatifs en 1856, les égale, les dépasse même aujourd'hui. En 1875, 3,675 kil. de sels avaient été employés contre 3,896 de purgatifs végétaux. Il y a donc équilibre.

Drastiques. Par leur action plus intense et les accidents que la plupart sont accusés de produire, ces purgatifs végétaux sont employés à plus faible dose que les précédents. Ils ont des indications spéciales et restreintes ; mais leur emploi augmente néanmoins aussi d'année en année. De 20 kil. en 1855, leur usage s'élevait à 71 kil. 600 dix ans après. Il a baissé depuis, comme pour la plupart des médicaments. L'aloès est le plus usité. De 10 kil., sa consommation s'est élevée à 27 en 1865. Le jalap vient ensuite, mais de 30 kil. 500 gr. en 1860, il est tombé à 6 en 1875. La scammonée, l'huile de croton et la gomme-gutte ont subi les mêmes oscillations, et la consommation totale de ces drastiques, y compris la coloquinte, ne s'élève qu'à 201 kil. dans ces 20 années.

Iode et iodures. Employée presque exclusivement comme révulsive, la teinture d'iode s'est élevée graduellement et sans interruption de 84 kil. à 146. L'iodure de potassium va plus loin encore, en raison sans doute de l'élévation des doses. De 248 kil., la consommation annuelle s'en est élevée à 558 et elle s'accroît sans cesse ; c'est le contraire de l'iodure de plomb à peu près délaissé.

Mercuriaux. C'est par millions de kilos que s'emploient ceux-ci. Le mercure métallique seul en compte 5,237, 000, malgré une légère décroissance de l'emploi de l'onguent mercuriel. Le sublimé, au contraire, s'est élevé de 33 kil. annuellement à 141 en 1874 par son fréquent emploi en bains. Le calomel a aussi monté de 35 kil. à 55 en 1873. Le turbith mi-

néral a aussi augmenté de 6 kil. à 39, en 1871. L'oxyde rouge et les iodures sont au contraire restés presque stationnaires.

Faut-il accuser la syphilis de cet accroissement énorme de l'emploi du mercure? Évidemment non; son usage aujourd'hui s'adresse à tant d'autres maladies qu'il est impossible d'établir aucun rapport entre eux.

Chlorate de potasse. Son mouvement ascensionnel a été également prodigieux. De 38 kil., il s'est élevé à 502 en 1874.

Le *phosphate de chaux* a oscillé entre 100 à 300 kilos et la faveur publique non interrompue dont jouit l'*huile de foie de morue* en a fait monter la consommation de 9,576 kil. en 1855 à 18, 571 en 1875, soit une augmentation de 2000 kil. environ tous les cinq ans.

Ferrugineux. Les préparations ferrugineuses usitées dans les hôpitaux sont limitées en raison même de leur uniformité d'action, mais leur usage est considérable, surtout au point de vue de leurs faibles doses. 261 kil. en ont été employés dans ces 20 années. Le carbonate et le sous-carbonate sont les plus employés, concurremment avec la limaille porphyrisée, mais l'iodure ferreux est le plus en crédit; sa consommation a quadruplé en vingt ans, en raison de l'iode qu'il contient et qui, mis à nu dans l'organisme, agit ainsi doublement. Elle s'est élevée de 22 kil. à 99. Le lactate est, au contraire, presque délaissé. Quant aux ferrugineux hémoplastiques, comme le perchlorure, ils jouissent d'une faveur ininterrompue qui en a fait monter la consommation de 62 kil. à 129 dans ces vingt années.

Arsenicaux. Ces médicaments s'administrent à dose si faible que l'on ne peut pas juger de l'extension de leur emploi par leur poids comme des autres. La quantité annuelle d'acide arsénieux sortant de la pharmacie centrale ne s'élève pas à plus de 10 kil. en moyenne et encore la plus grande partie est employée à la conservation des pièces anatomiques et à d'autres besoins extra-médicaux.

La consommation annuelle de la liqueur de Fowler, s'élevant de un kil. à 15 en 17 ans, donne la juste mesure de

l'usage interne de l'arsenic en y joignant l'usage des granules, qui de 3 kil. environ en 1868 s'élevait à 21 en 1875, divisées par égale portion en granules d'acide arsénieux et d'arséniate de potasse. Ce sel a eu ainsi un emploi de 4 à 5 kil. par année en moyenne, tandis que l'iodure et le sulfure ont presque disparu.

Alcalins. La consommation du bicarbonate de soude est la plus considérable. A la dose de 2 à 4 grammes pour un litre d'eau, il constitue l'élément par excellence des boissons alcalines à défaut des eaux bicarbonatées naturelles. Loin de faiblir, son emploi a presque doublé, depuis vingt ans, en s'élevant à 713 kil. en 1875. Mais une grande partie est employée à produire l'acide carbonique dans les salles.

Les carbonates de potasse et de soude sont employés par millions de kilos en bains, en lotions et en pommades. Leur consommation a peu varié.

Astringents. Leur usage régulier en a maintenu l'emploi presque uniforme pendant ces vingt ans. 40 kil. de tannin, 88 d'écorce de chêne, 300 de racine de ratanhia et 20 de cachou, sont les quantités normales chaque année.

Le sous-nitrate de bismuth varie davantage. Son minimum annuel a été de 250 kil. et son maximum de 450. Les années 1870 et 1871, correspondant aux deux siéges de Paris, présentent seules une véritable anomalie à cet égard. Sa consommation s'est élevée à 520 kil. dans la première et à 660 dans la seconde.

Oléo-résines. Loin de perdre leur ancienne faveur, leur crédit augmente toujours. En vingt ans, le goudron est monté de 90 à 200 kil.; les bourgeons de sapin, de 90 à 560; la térébenthine, de 226 à 450; l'essence, de 220 à 460; le copahu passe de 60 kil. en 1855 à 100 en 1860 et atteint 180 en 1875. De même du cubèbe qui, de 200 kil. en 1855, monte à 300 vers 1865 et à 600 en 1875.

L'eucalyptus et le santal ainsi que le jaborandi n'ont donné lieu qu'à de faibles demandes, malgré les efforts, les publications et les annonces pour en répandre l'emploi.

Sulfureux. Le soufre qui en est le type ne reçoit qu'une

application limitée en pommade; son usage interne est presque nul. Sa consommation n'a pas varié ainsi de 1000 kil. par an.

Il en est autrement du monosulfure de sodium donné en boisson à la place des eaux naturelles sulfurées calciques d'Enghien. La dose annuelle de 1,300 grammes en 1855 s'est élevée à 4,800 en 1874. Celle du polysulfure qui sert aux bains sulfurés s'est élevée de 9,352 kil. à 19,300.

La *glycérine* a aussi pris un très-grand essor. De 200 kil. en 1855, la consommation s'en est élevée à plus de 6,000 en 1875.

Le *collodion* a suivi une marche ascensionnelle encore plus prononcée. De 10 kilos au début, son usage s'élève graduellement jusqu'à 150 en 1875.

C'est encore mieux pour le *silicate de potasse*. De 10 kil. en 1865, on arrive à 1,300 en 1870 et à 3,000 en 1875. On peut juger par là du succès de ces topiques.

Vésicants. L'emploi de la teinture d'iode comme révulsif n'a pas empêché la consommation annuelle des cantharides de se maintenir à 300 kil. La part qui revient au chloroforme, à cet égard, à l'ammoniaque et à l'huile de croton, ne peut être fixée, mais on peut en juger par l'emploi du thapsia qui, sous forme de sparadrap, s'est élevé à 1,200 bandes en douze ans. De même de la moutarde en feuilles, qui, de 25,000, a atteint 125,000 en sept ans. Aussi la consommation de la graine, de 20,000 kil., est tombée depuis à la moitié.

Caustiques. Sans autre cause appréciable que l'augmentation des malades, la demande des caustiques a augmenté dans des proportions assez considérables. La potasse caustique a monté de 9 à 30 kil. en 15 ans; l'acide chromique de 3 à 30 kil. en 20 ans; le chlorure de zinc de 5 à 15; le nitrate d'argent de 20 à 30.

Désinfectants. On comprend mieux que, sous l'influence des doctrines panspermistes, l'emploi de l'acide phénique, succédant au coaltar, se soit rapidement élevé de quelques grammes à l'énorme quantité de 305 kil. en 1873.

Vermifuges. Tandis que les tænifuges ont augmenté dans des proportions élevées, comme nous l'avons signalé l'année dernière (V. Tænia), la consommation des vermifuges traditionnels n'a pas varié sensiblement. (*Archiv. de méd.* janvier et février.)

A défaut de pouvoir défalquer à quel symptôme, quelle maladie, quelle lésion s'adresse tel ou tel remède, il est au moins permis, par cette statistique, de juger du succès des différents médicaments. Il est vrai que l'annexion de la banlieue à Paris, en 1860, a jeté un certain trouble dans ces appréciations en augmentant considérablement la population indigente et les malades. C'est, en effet, de cette époque que date l'accroissement rapide de la consommation des médicaments. Il est remarquable, d'un autre côté, que, sauf quelques exceptions, cette ascension s'est arrêtée dans ces dernières années, surtout pour les vieux remèdes. Les nouveaux, par l'enthousiasme qu'ils inspirent, ont la plus grande part dans cette augmentation.

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, avec un formulaire spécial pour chaque maladie, par E. Bouchut et A. Després; un vol. in 4° de 1,550 pages, avec 906 figures et 3 planches. Paris, librairie *Germer Baillière*.

Deux éditions successives de ce vaste mémorial se sont rapidement épuisées, depuis 1866 que nous en avons annoncé l'apparition. Ce brillant succès en proclame les avantages mieux que tous les éloges. Rien n'est éloquent comme un fait. Telle est la commodité de l'ordre alphabétique pour trouver les renseignements dont le médecin peut avoir à s'enquérir, la mémoire faisant défaut, que chacun y recourt. Que d'instants précieux sont ainsi économisés, gagnés! Médecine, chirurgie et leurs nombreuses spécialités, thérapeutique, hydrologie, histoire naturelle, tout se trouve à son mot, à sa lettre; il n'y a qu'à ouvrir ce volumineux compendium pour être satisfait.

Il serait superflu d'entrer dans les détails. Il suffit de dire que tous les sujets nouveaux, mis à l'ordre du jour depuis la dernière édition, se trouvent dans un appendice contenant en outre des tableaux sur la température dans les diverses maladies et des cartes démographiques sur la mortalité des

enfants, sur la folie et sur le goître dans les divers départements de la France.

A practical treatise on materia medica and therapeutics (Traité pratique de matière médicale et de thérapeutique), par le docteur Roberts Bartholow; New-York, 1876. Mettant de côté les vieilles classifications des médicaments en sédatifs, irritants, stimulants, astringents, etc., l'auteur a suivi une méthode toute physiologique dans la confection de cet ouvrage. De là viennent les plus certaines acquisitions sur les connaissances thérapeutiques. Après une première partie traitant du mode d'administration des médicaments, il classe ceux-ci suivant qu'ils contribuent à des métamorphoses *constructives* ou *destructives*, qu'ils modifient les fonctions du système nerveux ou qu'ils déterminent des évacuations. Il omet néanmoins ceux qui provoquent la circulation centrale et périphérique du sang.

L'ordre suivi pour chaque médicament est, après son nom, ses diverses préparations pharmaceutiques et ses composés chimiques, sa composition, son administration, ses antagonistes ou incompatibles, ses synergistes ou succédanés, son action physiologique et thérapeutique.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1877, par le professeur Bouchardat et son fils; un petit vol. in-18 de 270 pages, librairie *Germer Baillière*.

Le succès de ce petit livre, arrivé à sa 37e année, dit assez son utilité pour rappeler aux médecins et pharmaciens les principales innovations thérapeutiques de l'année. Un mémoire sur la *thérapeutique étiologique* couronne celui-ci.

THORACENTÈSE. L'abondance du liquide, qui est une des principales indications de cette opération, peut être simulée, d'après le professeur Potain, par l'hyperémie, la congestion du poumon qui plonge dans le liquide épanché. En diminuant la rétractilité du poumon qui reste volumineux, cette hyperémie élève le niveau du liquide et peut ainsi le faire paraître beaucoup plus abondant qu'il ne l'est en réalité.

Il est donc important de reconnaître cette cause d'erreur. L'étendue considérable du souffle et la persistance des vibrations thoraciques, beaucoup plus bas que le niveau de l'épanchement, sont des indications de cette congestion pulmonaire. Mais la *crépitation pleurale* en est le meilleur signe. Elle est alors fine, sèche et limitée à l'inspiration, bien différente ainsi du frottement pleural qui s'entend aux deux temps.

Cette congestion pulmonaire est favorisée par l'extraction totale du liquide. Outre l'expectoration albumineuse qui peut ainsi en être un commémoratif, c'est surtout dans les épanchements secondaires qu'il faut la rechercher. En pareil cas, il est aussi important de n'extraire que partiellement le liquide. Un petit manomètre, adapté au tube aspirateur, indique les différents degrés de l'aspiration et est un précieux indicateur à cet égard. (*Associat. française*, 25 août.)

Lymphorrhagie bronchique. (V. ce mot.)

Écoulement sanguinolent. Cet accident n'est pas toujours aussi redoutable qu'il en a l'air. Il s'est ainsi présenté à M. Blachez dans deux ponctions successives, à neuf jours d'intervalle. Deux autres ponctions, faites simultanément à un endroit différent six semaines après, ont encore donné un liquide sanguinolent, sans qu'il en soit résulté aucune complication.

M. Desnos a observé la même chose dans deux ponctions successives à quelques jours de distance. MM. Guyot et Bucquoy ont obtenu en abondance du sang presque pur, et pourtant la guérison a été rapide.

C'est que, suivant M. Féréol, il est facile de reconnaître au microscope ou par l'analyse que ce liquide extrêmement rouge ne contient que peu de sang par le petit nombre de globules que l'on aperçoit.

Ce liquide sanguin s'est représenté dans plusieurs cas où le cœur était refoulé ou malade. C'est donc une remarque à faire, si la source n'en est pas là. (*Soc. méd. des hôpit.* mai.)

La purulence consécutive de l'épanchement serait alors inévitable, fatale, dans ces cas, si, comme le prétend M. Dieulafoy, c'est la présence de globules rouges dans un

épanchement séreux qui la produit et non la répétition des ponctions. Pour ruiner cet argument des plus importants contre le renouvellement de la thoracentèse, il rapporte vingt-deux observations où le liquide séreux extrait contenait de 1,200 à 4,500 et plus de globules rouges par millimètre cube, sans que sa coloration soit modifiée ni ait une teinte rosée. Il est donc tout simple que ces pleurésies hémorrhagiques et à écoulement incolore soient suivies de purulence. Les guérisons précitées à la suite d'un écoulement de liquide sanguin répondent contradictoirement à cette prétention. (*Idem*, août.)

Compression du thorax. Employée et recommandée par M. Guéneau de Mussy, en vue de prévenir la congestion pulmonaire, la stagnation du sang dans les vaisseaux et les graves accidents qui en sont la conséquence. Dès que la dyspnée, la toux quinteuse se montrent, avant-coureurs de l'expectoration albumineuse, il pose un large bandage sur le côté ponctionné et le fait serrer avec les deux mains d'un aide pour diminuer la capacité thoracique, à mesure que le vide se fait par l'écoulement du liquide. Le bandage est fixé et laissé en place après l'opération.

Thoracentèse par aspiration. L'abus qui en a été fait depuis la simplification apportée par M. Dieulafoy a produit bien des accidents. C'est ainsi qu'en s'appuyant sur 65 cas de pleurésie aiguë observés par lui depuis sept ans, et sur 140 thoracentèses par aspiration, le jeune auteur en limite l'indication aux conditions suivantes :

Abondance de l'épanchement s'élevant de 1,800 à 2,000 grammes, indiqué par la matité jusqu'à l'épine de l'omoplate avec obscurité du son dans la région claviculaire et déplacement du cœur, s'il est à gauche. Quel que soit le degré d'oppression et de fièvre, il faut opérer de suite, car remettre et renvoyer au lendemain peut causer la mort du malade par syncope, comme plusieurs cas en sont relatés.

Sauf ce cas d'urgence, tous les autres sont discutables. La fièvre surtout est une contre-indication, car la défervescence est souvent marquée aussi par la diminution de l'épanchement. S'il reste stationnaire après quelques jours, il faut opérer, pour rendre au cœur et au poumon leurs fonctions indispensables.

L'état stationnaire de l'épanchement, le déplacement du cœur et le défaut de respiration, sont donc les motifs qui doivent, dans les cas discutables, décider en faveur de l'opération.

Quant aux accidents consécutifs à l'opération, ils sont d'autant moins à craindre que la pleurésie est plus simple et l'épanchement moins abondant. Dans les cinq cas mortels par expectoration albumineuse, la pleurésie était très-compliquée, et une évacuation de trois à six litres avait été faite en une seule séance, dont deux fois seulement à l'aide de la ponction. On évite sûrement l'œdème du poumon et l'expectoration albumineuse, en retirant seulement un litre de liquide à la fois. Par ce procédé, M. Dieulafoy ne les a jamais observés. (*Gaz. hebdom.*, n° 41.)

THYMUS. Se basant sur sa ressemblance avec les follicules de Peyer et les communications de ses vaisseaux lymphatiques avec les poumons, par l'intermédiaire des ganglions bronchiques, ainsi que sur la présence, dans ses lobules creux, de corps nombreux, analogues, et même identiques à ceux que l'on trouve dans le chyle et la lymphe, M. Raincy croit pouvoir le regarder comme une glande lymphatique, dont la principale fonction est de préparer les poumons à recevoir l'air, lors de la première inspiration. C'est ainsi que les vésicules et les espaces aériens sont remplis d'une substance semi-liquide, en état de dégénérescence granulo-graisseuse, qu'il considère comme le blastème des nombreux vaisseaux et les autres tissus du poumon. C'est ainsi qu'il s'enfonce dans l'eau avant la respiration, par la pesanteur de cette substance qui l'applique en outre contre les parois thoraciques et le maintient dilaté pour recevoir la première inspiration.

Sa résorption ensuite est une autre preuve de ce rôle du thymus agissant comme une glande lymphatique en maintenant la régularité de la respiration après la naissance.

Cette action latente ne peut guère être démontrée. (*Saint-Thomas hospital reports*, 1876.)

TRACHÉLOTOMIE. Opération anglo-américaine consistant dans l'incision et la discision du col utérin. La première est due à Simpson, et la seconde au docteur Sims.

Elle a pour but de remédier à la stérilité et de guérir la dysménorrhée, mais les dangers inhérents à cette opération : hémorrhagies, phlegmons, péritonite, l'ont empêchée de se propager, et elle est restée à peu près localisée à ses lieux d'origine.

C'est ainsi que le docteur Peaslee, tout en rejetant ces deux procédés opératoires par les graves dangers qu'ils comportent et le peu d'avantage qu'on en retire, en préconise un troisième qui ne leur est guère supérieur : c'est la *trachélotomie superficielle*. Il consiste à n'inciser que superficiellement, et dans une étendue déterminée, les orifices interne et externe du col, avec dilatation consécutive de ce conduit. Un instrument spécial, composé d'une lame à pointe mousse glissant exactement dans une gaîne en forme de tube aplati et dont l'action du tranchant est mesurée par une vis et un écrou, sert à cet effet. L'étendue à donner aux incisions est basée sur les dimensions à obtenir. Elle est de 5 millim. 08 pour l'orifice interne et 6 millim. 35 pour l'externe en augmentant légèrement lorsqu'il y a congestion.

Il a pu ainsi pratiquer cette opération plus de 300 fois sans accidents sérieux, en faisant garder le lit pendant deux à trois jours ensuite, et en faisant la dilatation d'une manière mesurée. (*Amer. journal of obstetr.*, 1876.)

Incisions rayonnées. Dans le même but et pour remplir les mêmes indications, le docteur Kehrer fait six à huit incisions rayonnées sur la portion rétrécie du col avec un hystérotome à deux lames pour l'orifice interne et à une seule pour l'orifice externe. Il proscrit l'introduction de l'éponge préparée ensuite, comme ayant causé la mort d'une de ses opérées.

Il a obtenu de nombreux succès par ce procédé contre la dysménorrhée, causée soit par l'imperméabilité du col, soit par les déplacements ou l'inflammation de l'utérus, mais il n'en est pas de même de la stérilité. Elle n'a cessé que 9 fois sur 35 cas. Car les troubles de la menstruation sont rarement la seule cause de la stérilité. (*Archiv für Gynæk.*) Voy. Hémorrhagies utérines.

TRACHÉOTOMIE. On a une juste idée de l'utilité et

de l'avenir de cette opération toute française par la nouvelle statistique qu'en donne le docteur Archambault dans les hôpitaux d'enfants de Paris. Tandis qu'en 1813 Royer Collard, après avoir compulsé les documents statistiques du monde entier, n'y trouvait pas un seul exemple de guérison authentique, ceux de Bretonneau et de Trousseau, de 1825 à 1850, ne tardèrent pas à éclairer le monde médical sur ses bienfaits. Aussi ses succès ont-ils été croissants depuis, et son emploi est-il devenu général.

Sur un total de 1,011 trachéotomies, pratiquées de 1851 à 1862, Fischer et Bricheteau ont trouvé un quart de guérisons. Cette proportion était de 1 : 6 à l'hôpital Sainte-Eugénie, de 1855 à 1861, et de 1 : 4 de 1862 à 1867, d'après les mêmes médecins.

La statistique plus complète de M. Archambault comprend un total de 2,702 cas de croups entrés dans les hôpitaux d'enfants, de 1866 à 1875, savoir : 1,152 à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, et 1,550 à celui de Sainte-Eugénie. 698 guérisons en sont résultées, sans compter tous les enfants repris par les parents avant la terminaison de la maladie. C'est donc le quart environ de guérisons, soit 24,98 pour 100, tandis que dans la statistique de MM. Sée et Roger, comprenant 10,721 cas de croups de 1826 à 1858, il n'y avait que 2,107 guérisons, c'est-à-dire moins du cinquième, soit 19,65 pour 100. Plus d'un enfant sur 100 est donc sauvé aujourd'hui.

Or, la trachéotomie en réclame la plus grande part. Sur 886 enfants qui l'ont subie à l'Enfant-Jésus, 236 ont guéri, soit plus du quart : 26,63 sur 100, et sur 1,351 qui y ont été soumis à Sainte-Eugénie, où elle est pratiquée plus souvent, 299 ont guéri, en dehors des 51 enfants opérés et repris par leurs parents avant guérison, soit 23 pour 100 seulement.

Il y a donc grand avantage à choisir avec soin les cas où cette opération est indiquée. Trop graves et sans espoir par leur acuité, leur rapidité ou leurs complications, ils doivent être mis de côté ; légers et sans danger immédiat, ils doivent, au contraire, être réservés pour le traitement médical. 163 guérisons ont été ainsi obtenues sur les 465 enfants qui y ont été soumis, savoir : 83 : 266 à l'Enfant-Jésus, et 80 : 199 à Sainte-Eugénie. (*Union méd.*, nos 84 et suivants.)

Ces succès sont d'autant plus encourageants qu'ils se retrouvent à peu près partout. Depuis que les deux pre-

mières trachéotomies ont été faites à l'hôpital des Enfants de Berlin, en 1861 jusqu'en 1870, sur 330 enfants opérés 103 ont guéri. Les résultats en paraissent beaucoup moins favorables en Angleterre et en Italie, où la diphthérite est endémique. Mais à New-York, la statistique du docteur Jacobi accuse 50 guérisons sur 213 opérations.

C'est surtout lorsqu'elle est pratiquée en ville, sur des enfants placés dans de bonnes conditions hygiéniques, que ces résultats sont remarquables. M. Revilliod a ainsi obtenu 39 guérisons sur 87 opérés à Genève et les environs. (V. *année* 1876.) Il est à désirer, pour l'avenir de cette opération, que la statistique municipale de Paris et des autres grandes capitales, tenant compte des trachéotomies pratiquées en ville, mette hors de doute la supériorité des résultats sur ceux obtenus à l'hôpital. On se met d'ailleurs ainsi à l'abri de la contagion pour les autres enfants. — V. Contagion.

Pratiquée en un seul temps par M. de Saint-Germain, qui en est à peu près l'unique défenseur aujourd'hui, hors les cas d'urgence, cette opération a amené un accident mortel que son auteur s'est empressé d'avouer publiquement. C'est la pénétration de la paroi postérieure de la trachée, démontrée par l'autopsie de l'opéré. Sur les 96 trachéotomies pratiquées par lui de cette manière, c'est, dit-il, le seul accident de cette nature vérifié anatomiquement. Il s'est révélé simplement par la difficulté de placer la canule et d'obtenir une respiration normale. Ce fait doit donc rendre le chirurgien plus circonspect et lui faire toujours prendre la précaution de n'enfoncer la pointe du bistouri qu'à une profondeur d'un centimètre et demi, pour être sûr de ne pas atteindre la paroi postérieure de la trachée.

Ce n'est pas que l'hémorrhagie, l'accident le plus fréquent, soit toujours évitée dans ce cas. Elle s'est montrée trois fois dans la statistique précédente, mais elle est bien plus fréquente lorsque la trachéotomie est faite lentement, d'après la méthode de Trousseau. Il n'est pas toujours possible d'y regarder d'aussi près. La mort est souvent imminente, et l'on est obligé de se presser. Elles sont ainsi extrêmement fréquentes dans les deux hôpitaux d'enfants de Paris, et, dernièrement encore, une hémorrhagie mortelle est survenue, dès le second coup de bistouri, par cette méthode.

(*Soc. de chir.*, mai.) M. Revilliod, de Genève, qui la préconise avec quelques modifications de détails, fondé sur 87 cas, ne paraît pas tant redouter cet accident. Il est rarement mortel, dit-il. (*Union méd.*, nos 45, 46, 47.) Mais l'enfant a si besoin de son sang pour soutenir la lutte avec l'infection diphthéritique, que l'on ne saurait trop le ménager.

Pression bilatérale de la trachée. Ayant à trachéotomiser un enfant dont la trachée était profondément située et très-mobile, le docteur Fabbri, trouvant de la difficulté à l'inciser, la saisit latéralement avec une pince à mors plats comme la pincette. Il en résulta une saillie de la paroi antérieure du tube trachéal qui facilita considérablement l'incision et qui prévint le danger de léser la paroi postérieure avec la pointe du bistouri. C'est donc une précieuse ressource à utiliser. (*Boll. delle sc. med. di Bologna*, 1876.)

Emploi du thermo-cautère. L'invention de ce nouvel instrument semble être venue tout exprès en aide aux efforts de M. Verneuil avec le galvano-cautère et ceux de M. de Saint-Germain avec le cautère actuel (Voy. *années* 1873-74), pour favoriser l'hémostase dans cette opération. Sa température constante, en permettant de ne pas se presser, l'a fait aussitôt préférer à tous les autres instruments. M. Krishaber l'a employé 10 fois, M. Poinsot 6 fois et M. Denucé 2 fois à Bordeaux, MM. Verneuil, Gillette et de Saint-Germain chacun 2 fois et M. Tillaux 1. C'est donc un total de 25 faits publiés et sur lesquels une discussion, ayant eu lieu à la Société de chirurgie, permet dès à présent de porter un jugement sur les résultats de ce nouveau moyen.

Voici d'abord le procédé opératoire décrit par M. Gillette chez deux petites filles atteintes de croup. Incisant lentement de haut en bas sur la ligne médiane, depuis le bord supérieur du cartilage cricoïde jusqu'à la distance voulue, avec le cautère porté au rouge sombre, il arriva ainsi en divisant couche par couche, absolument comme avec le bistouri, jusqu'à la trachée, qu'il ponctionna et incisa avec le bistouri. L'opération est aussi rapide qu'avec cet instrument, mais l'absence d'écoulement sanguin permet de ne pas se presser autant et de mieux reconnaître les parties divisées.

On peut même laisser respirer l'opéré en interrompant l'opération, comme l'a fait M. Gillette, pour la terminer quand il a eu repris haleine.

L'hémostase a été absolue dans un cas, mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans l'autre, des phénomènes d'asphyxie prononcée et un gonflement des veines du cou déterminèrent l'effusion d'une certaine quantité de sang. Il y eut aussi une petite hémorrhagie chez un enfant opéré par M. de Saint-Germain. Dans la trachéotomie pratiquée par M. Tillaux sur un adulte, atteint d'une tumeur cancéreuse des ganglions cervicaux, une hémorrhagie terrible se déclara lorsque le thermo-cautère entamait le plexus veineux sous-thyroïdien extrêmement développé. L'opéré eut infailliblement succombé si le bistouri n'eût remplacé le cautère. L'hémorrhagie n'est donc pas absolument conjurée avec cet instrument ; elle se produit même secondairement, comme M. Krishaber l'a observé, et il faut se mettre en garde contre ce redoutable accident.

Il n'est pas à craindre dans l'ouverture de la trachée, faite avec le bistouri dans la généralité des cas, à moins d'anomalies vasculaires. Elle donne à peine quelques gouttes de sang. Aussi est-il préférable de la pratiquer ainsi. Le thermo-cautère peut toujours déterminer par son calorique des brûlures et des eschares, sinon des rétrécissements de la muqueuse, quelle que soit la promptitude que l'on y mette.

De même que la gangrène de la plaie se montre parfois après l'usage du bistouri, des eschares étendues suivent assez souvent l'emploi du thermo-cautère. C'en est l'accident le plus redoutable, ainsi que la béance de la plaie. M. Krishaber ayant dénudé la trachée avec le thermo-cautère avant de l'inciser chez l'un de ses opérés, il s'ensuivit une perte de substance de la trachée pouvant admettre un petit œuf de poule, disent les uns, une grosse olive, disent les autres. Des 6 opérés de M. Poinsot, les trois qui ont survécu ont eu des eschares étendues et de larges plaies. De même des deux opérés de M. de Saint-Germain : chez l'un d'eux, la plaie s'étendit, se couvrit d'une sorte de gelée transparente, envahissant les parties voisines sous forme d'une vaste ogive de tissus mortifiés. En se détachant, l'eschare comprenait la peau et le tissu cellulaire prétrachéal, ainsi que les anneaux de la trachée. Une sorte de cornage a persisté qui

pourrait bien tenir à un rétrécissement. M. Krishaber, qui a la plus grande expérience des deux méthodes, donne aujourd'hui la préférence au thermo-cautère quand il s'agit d'adultes et de maladies chroniques dans lesquelles il y a vascularisation considérable des tissus. (*Soc. de chir.* avril, mai et juin.)

Mais tel est l'empire du parti pris sur certains esprits, qu'ils trouvent des raisons pour rester réfractaires devant l'évidence même. Des accidents d'asphyxie avec œdème considérable s'étant déclarés chez un homme de 58 ans, atteint depuis quatre ans d'un polype du larynx, la trachéotomie dut être faite. M. Krishaber la pratiqua avec le thermo-cautère, en présence de M. de Saint-Germain. Deux pinces hémostatiques furent placées sur des vaisseaux qui donnaient du sang, la trachée fut ouverte avec le bistouri, la canule introduite facilement sans accidents consécutifs, d'où la conclusion que cet instrument simplifie notablement l'opération et ses suites.

Appelé à faire un rapport sur ce fait, M. de Saint-Germain n'approuva pas ces conclusions, parce que l'opéré, très-docile, avait le cou très-long et très-maigre, et que, dans ces circonstances favorables, le bistouri eût donné d'aussi bons résultats. Et l'action hémostatique du caustique n'est donc pas à prendre en considération ? (*Idem*, novembre.)

Décollement de la muqueuse par la canule. Cet accident, peut-être unique, s'est rencontré dans un cas où la canule, par son introduction renouvelée, décolla et refoula la muqueuse, qui vint obstruer ensuite l'ouverture de la canule. L'enfant mourut suffoqué. Cette complication n'est-elle pas plus à redouter après l'usage du thermo-cautère que du bistouri ?

TRÉPAN. Au lieu de partager l'enthousiasme des jeunes chirurgiens qui, d'après trois à quatre faits, prévoient que le trépan, appliqué sur un centre moteur de l'écorce corticale, pourra en modifier ou guérir les lésions, M. Gosselin montre le peu qu'il y a à attendre de cette nouvelle découverte. Dans son rapport sur les travaux de MM. Proust et Lucas-Championnière tendant à montrer, par le résultat même du trépan, le siége des localisations de la parole et

du mouvement (Voy. *année* 1876), il prouve, tout en trouvant ces faits d'une grande importance physiologique, qu'ils laissent une grande incertitude au point de vue pathologique, c'est-à-dire la détermination même de la lésion. Une compression, comme les auteurs la supposent, aurait dû produire son effet paralysant de suite, tandis qu'elle n'est apparue que douze jours après; l'irritation ou l'inflammation au niveau du point comprimé aurait occasionné des contractures et des convulsions, comme dans les expériences de Ferrier et dans les faits cliniques de MM. Charcot, Landouzy et autres. On ne sait donc pas exactement à quoi l'on a remédié, et il n'est pas démontré que la lésion qui produisait la paralysie n'aurait pas pu à la rigueur disparaître spontanément, comme on l'a déjà vu.

Quant à dire que ces localisations vont éclairer l'emploi du trépan et surtout le choix du lieu où il doit être fait, M. Gosselin oppose avec raison que c'est la plaie ou la fracture du crâne et l'enfoncement des fragments qui guident le chirurgien bien plus que les troubles fonctionnels. Si MM. Proust et Terrillon ne l'ont appliqué que d'après ces signes, ils ont aussi tenu compte de la blessure. Dès que la solution de continuité existe, il n'y a guère de danger à l'agrandir. Au contraire, en donnant issue au pus, à l'épanchement de sang, en débarrassant le cerveau des pièces osseuses qui peuvent le léser, la trépanation est toujours utile, outre qu'elle diminue les chances de septicémie, de méningite et d'encéphalite. Le siége en est donc tout indiqué.

Il n'en est pas de même quand des troubles fonctionnels se montrent sans plaie ni fracture. Des lésions de la couche optique et du corps strié peuvent aussi bien les produire que celle des centres moteurs de Ferrier. Et d'ailleurs, lors même qu'ils seraient lésés, la guérison peut avoir lieu sans trépanation. Le crâne étant fermé, la septicémie n'est pas à craindre, ni la suppuration intra-crânienne; la méningite circonscrite est plus susceptible de résolution. Il y aurait donc danger d'établir une solution de continuité pénétrante.

En résumé, si les vues physiologiques nouvelles sur les localisations cérébrales sont bien des auxiliaires pour le diagnostic et l'interprétation des symptômes fonctionnels, ils ne peuvent être que très-exceptionnellement des adjuvants

pour la thérapeutique, c'est-à-dire le trépan, car il doit être considéré comme bien plus utile pour prévenir la septicémie et la rétention du pus dans l'intérieur du crâne que pour remédier aux lésions de l'encéphale par des fragments osseux ou par d'autres corps vulnérants. (*Acad. de méd.*, avril.)

M. Tillaux n'admet qu'une exception à cette règle : le cas de fissure du crâne au niveau des centres avec paralysie du mouvement du côté opposé. Les autres accidents récents ou tardifs, aigus ou chroniques, ne paraissent pas en indiquer l'application dans les faits suivants :

Un homme reçoit un volet sur la partie postérieure du crâne, à gauche. Perte de connaissance avec aphasie et monoplégie brachiale droite le quatrième jour. Ces accidents se dissipent, et le blessé reprend son travail, malgré une douleur céphalique intense, persistante, pour laquelle il entre à l'hôtal. Il est bientôt soulagé par l'usage de l'iodure de potassium, mais l'aphasie et la monoplégie reparaissent, et cet homme meurt. On trouve à l'autopsie une plaque de méningo-encéphalite de quatre centimètres sur la troisième circonvolution frontale gauche. Une couronne sur ce point, indiquée par l'aphasie, n'aurait donc pu guérir cette lésion étendue.

L'autopsie d'une femme de 59 ans, atteinte d'hémiplégie complète gauche avec hémianesthésie, immobilisation de la tête avec déviation conjuguée des yeux de ce côté, montra une tumeur encéphaloïde, comme un œuf de poule, dans la partie la plus reculée de la scissure de Sylvius, déprimant la circonvolution temporale et soulevant le lobe pariétal gauche et la troisième circonvolution frontale ascendante. Comment le trépan aurait-il pu tomber directement sur cette tumeur et la détruir pour faire cesser sa compression sur les parties voisines et les accidents en résultant? (*Soc. de chir.*, décembre.) V. Localisations cérébrales.

Trépanation de l'apophyse mastoïde. Afin de lever les doutes et les divergences sur le siége de la perforation pour ne pas léser les sinus, Hartmann, de Berlin, l'a pratiquée sur 100 cadavres, avec un trépan de quatre millimètres, en avant de la ligne d'adhérence de la conque. Or, 76 fois, il est arrivé directement dans la cavité mastoïdienne et n'a pas

réussi dans les autres. Il fixe ainsi le siége précis de la trépanation à 8 millimètres en arrière de l'épine de Henle, petite éminence osseuse, située à deux millimètres plus bas que la paroi supérieure du conduit auditif et à 7 millimètres environ au-dessus de la ligne temporale, en dirigeant le trépan parallèlement au conduit. (*Berl. klin. Woch.*, n° 33, 1876.)

TUBERCULOSE. Une manifestation rarissime, sinon nouvelle, en a été observée par M. Dron sous forme d'ulcération du méat et du gland chez un individu atteint de blennorrhée tuberculeuse (V. BALANITE). C'est un exemple de plus de la tendance des orifices muqueux à devenir le siége de ces ulcérations, puisqu'on les a déjà observées à la bouche et à la gorge, sur la conjonctive palpébrale, à la vulve et à l'anus.

En inoculant des particules tuberculeuses dans la chambre antérieure des yeux de lapins pour décider si l'inflammation suppurative seule expliquait les résultats de l'inoculation chez ces animaux, MM. Cohnheim et Salomon ont vu la cornée rester claire pendant plusieurs semaines consécutives, les fragments tuberculeux diminuer insensiblement, sans aucun trouble dans la santé des animaux. Ce n'est qu'un mois après qu'une éruption soudaine de minuscules nodules, d'un gris pâle, apparut dans l'iris en augmentant de volume et de nombre assez rapidement. 40 furent comptés dans certains yeux. L'iris était gonflé et rouge ; un hypopion se forma, la cornée s'enflamma, se ramollit et se déforma et était recouverte d'un pannus dense un mois après.
Au microscope, l'apparence de ces nodules était semblable à celle du tubercule récent dans l'espèce humaine. Ils ne s'étendirent pas au delà de l'œil, et, placés dans l'abdomen d'autres lapins et de cochons d'Inde, aucun résultat n'eut lieu. (*Wiener mediz. Press.*) Cette expérience n'est donc pas en faveur de la généralisation du tubercule inoculé.

Tuberculose pulmonaire. *Granulation fibreuse.* C'est évidemment celle que Bayle a décrite et dont les auteurs ont fait par erreur, après lui, le caractère de la phthisie granuleuse. Ces granulations, dit-il, sont miliaires, transparentes, semi-transparentes, luisantes, très-dures, semblables à de petits grains de grêle, parfois marquetées de lignes ou

de points noirs et brillants. Elles paraissent de nature et de consistance cartilagineuse ; leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un grain de blé ; elles ne sont jamais opaques et ne se fondent pas.

A son caractère de chronicité, Cruveilhier l'a distinguée sous le nom de granulation mélanique de guérison. Virchow l'a appelée granulation fibreuse, et M. Thaon, en la représentant en grappes très-élégantes, dit qu'elle est la lésion la plus commune de la phthisie chronique. Bayle avait déjà dit que la phthisie *granuleuse* est l'espèce la plus chronique. C'est donc l'opposé de la *granulie* ou phthisie aiguë, galopante des auteurs, constituée par la granulation miliaire type de Laennec. L'une est toute différente de l'autre. Celle-là est un produit organisé, une sphère de tissus fibreux pouvant conduire à la guérison, celle-ci un foyer de mort. Et loin que la première soit le fruit vert de la seconde, comme le croyait Laennec, c'est celle-ci au contraire qui, par son évolution, peut prendre heureusement les caractères de la granulation fibreuse. Distinction capitale faite et justifiée par M. Thaon. (*Gaz. hebd.*, n° 43.)

Origine lymphatique. Des recherches nouvelles de M. Grancher, il résulte que le système lymphatique dans le poumon s'anastomose largement avec le système vasculaire et que les différents réseaux périlobulaire, infundibulaire et alvéolaire communiquent largement entre eux. Le réseau qui entoure un lobule est commun aux lobules voisins. Une grande solidarité de circulation existe ainsi entre les diverses parties du poumon, plus encore pour la circulation lymphatique que pour la circulation sanguine.

Il a vu ainsi les granulations tuberculeuses se développer dans le réseau lymphatique qui entoure les infundibula, les alvéoles, les bronches ou les vaisseaux sanguins. Une prolifération d'éléments lymphatiques se fait à ce niveau, et l'organe s'oblitère par la prolifération de l'épithélium. C'est cette partie centrale qui devient caséeuse, de même que dans tous les autres organes. L'épithélium proliféré tend ainsi à se détruire très-rapidement, tandis que la zone périphérique peut s'organiser, contrairement aux prétentions de Virchow, et se transformer en granulation fibreuse.

La granulation tuberculeuse, pour être unique, n'en est

pas moins différente à ses diverses périodes ou stades. Elle est dite jeune à l'état microscopique, puis adulte et enfin vieille ou fibreuse. C'est pour n'avoir étudié la granulation qu'à l'âge adulte que Virchow l'a toujours trouvée misérable et en état de régression. Bayle a décrit l'état fibreux ou vieux, et M. Grancher a établi, dans sa thèse sur *l'unité de la phthisie*, que la granulation de Virchow était toujours accompagnée et précédée de la granulation jeune, embryonnaire, microscopique. (Voy. PHTHISIE, 1873.)

Il y a en outre le tubercule infiltré, diffusé le long des bronches, vaisseaux et alvéoles pulmonaires, et non réuni en petite tumeur. Le mot tubercule, en s'appliquant à ces diverses formations successives, est donc beaucoup plus compréhensible que celui de Virchow s'appliquant seul à la granulation adulte. C'est en se fondant sur la concomitance presque constante de ces quatre formes anatomiques et leur identité d'origine, de structure et d'évolution, que M. Grancher les réunit sous ce nom. De là l'unité de la tuberculose.

La pneumonie caséeuse, distincte et indépendante des Allemands, n'existe pas, car on y retrouve toujours le tubercule embryonnaire infiltré, vieux, ou le tubercule adulte de Virchow. Elle est donc nettement tuberculeuse, même quand elle a évolué en un ou deux mois.

Il en résulte que le tubercule, étant susceptible d'organisation dans son dernier stade en subissant la transformation fibreuse, fournit des données utilisables pour la thérapeutique. On n'en est plus ainsi réduit aux opinions de Virchow, pour qui il doit marcher vers une destruction rapide. (*Soc. de biol.*, février.)

M. Charcot a confirmé cette unité par un nouvel examen d'ensemble. La cellule géante est dans la granulation de Bayle et de Laennec, comme dans la pneumonie caséeuse de Virchow, toujours le centre, le foyer de la dégénération jaune ou grisâtre. Autour se trouve la zone médiane composée de grandes cellules, embryonnaires selon Grancher dans la pneumonie caséeuse, ce qui est la même chose. Le pourtour ou zone périphérique est formée de petites cellules. Voilà ce que ces lésions élémentaires lui ont montré.

Selon M. Malassez, la cellule centrale géante est déjà une granulation composée de petites cellules rondes, comme

il l'a constaté sur l'épiploon. Quant à cette cellule géante, elle s'observe également dans d'autres tumeurs caséifiées, mais indépendantes de la tuberculose. Elles ne seraient donc pas la caractéristique de celle-ci.

On voit qu'au point de vue histologique, ajoute M. Grancher, qui a le premier, en mai 1872, rappelé l'attention sur cette interprétation unitaire de la tuberculose de Laennec, la granulation tuberculeuse et la pneumonie caséeuse sont loin de différer autant qu'on le croit communément. Dans les deux produits, on trouve, comme caractères essentiels, la caséification du centre et la néoformation embryonnaire de la périphérie. (*Idem*, juillet, et *Revue mensuelle de méd. et chir.*, novembre.)

Tuberculose miliaire de la gorge. Cette découverte française se propage à l'étranger. Six observations en sont relatées par le docteur Frankel, chez des personnes jeunes, sous forme d'ulcération sur la paroi postérieure du pharynx, le voile du palais, la luette et la base de la langue. Ni la profession, ni l'habitation, ni les habitudes ne rendaient compte de ce siége de la tuberculose. Il est vrai que, dans tous ces cas, des tubercules furent rencontrés au sommet des poumons, bien que les malades en eussent accusé les premiers troubles dans la gorge. Des ulcérations étendues y furent constatées, alors qu'il n'y avait que des signes locaux de catarrhe pulmonaire, et ces lésions étaient si avancées à l'autopsie que l'on peut regarder le pharynx comme le siége primitif de ces tubercules. Il en était parsemé, et les ulcérations lenticulaires, plus étendues que profondes, avaient une base caséeuse, lardacée et parfois granuleuse. Les bords en étaient irréguliers, graisseux ou entourés d'un cercle inflammatoire avec quelques granulations grises dans le voisinage. Les pores apparaissaient à l'œil nu comme une infiltration grise sous l'épithélium intact; mais, au microscope, elles contenaient des cellules géantes caractéristiques de leur nature.

Ces ulcérations sont extrêmement douloureuses, surtout pendant la déglutition, où elles sont déchirantes. Les malades craignent d'avaler et s'en abstiennent. La déglutition est gênée aussi par l'infiltration et l'engorgement des parties. Les aliments solides ne peuvent être avalés, et les liquides

sont souvent régurgités. Les ulcérations s'arrêtent au commencement de l'œsophage. Le larynx est toujours atteint, ainsi que la langue et les lèvres. L'apparence des ulcérations est le plus sûr moyen de diagnostic. La marche en est rapide et ordinairement fatale. (*Monatschr. fur Ohrenheilk*, nº 1.)

Le docteur Secchi en a rencontré un exemple à San Remo sur un Silésien de 41 ans n'ayant aucune hérédité tuberculeuse. Après une ulcération à gauche du voile du palais, rebelle à tout traitement pendant six mois, la toux survint, puis l'expectoration, la fièvre, les sueurs et l'émaciation. Au mois de décembre, la peau était sèche et chaude, d'un jaune sale; pouls à 112, aphonie complète. Douleur dans la gorge répondant dans les oreilles et rendant la déglutition très-difficile; régurgitation des liquides. Expectoration d'un mucus épais et parfois purulent. A l'examen, tout le côté droit de la gorge était intact. Une large ulcération superficielle s'étendait à gauche du milieu du palais, ayant deux centimètres et demi de long sur un de large, à bords irréguliers, un fond d'un jaune sale et graisseux. De petits groupes de granulations jaunâtres lenticulaires, comme une tête d'épingle, et partiellement ulcérées, s'étendaient autour de l'épiglotte. Une seconde ulcération de la lèvre existait au niveau de la première molaire et une troisième sur le côté gauche de la langue. Tous les ganglions lymphatiques de la gorge et du cou à gauche étaient gonflés. La matité du thorax en avant était complète jusqu'à la troisième côte à gauche et jusqu'à la seconde à droite : respiration bronchique dans la fosse sus-épineuse, surtout à gauche.

Le 31 décembre, de nombreuses granulations miliaires grises furent découvertes sur le côté droit du palais. Un ulcère superficiel ne tarda pas à se former, comme du côté gauche, et les signes d'une caverne dans le poumon gauche étaient évidents, lorsque la mort survint le 27 janvier dernier.

Le traitement avait consisté en applications topiques d'un collutoire de glycérine morphinée et de gargarismes pour faciliter l'expulsion de la sécrétion. (*Berl. Klin. Woch.*, nº 26.)

Tuberculose du testicule. Elle est très-rare, suivant le professeur Richet, et peut se confondre avec la suppuration des voies séminales, qui est très-fréquente. La première se

généralise et la seconde reste locale et peut être enlevée avec sécurité. Il en trouve la confirmation dans l'observation suivante.

Un garçon de 27 ans, très-fort et taillé en athlète, entra à l'Hôtel-Dieu pour être opéré d'une induration fistuleuse de l'épididyme gauche, suite d'un abcès ayant succédé à une blennorrhagie. La prostate était saine, les vésicules séminales un peu dures, et quelques gouttes de liquide purulent sortaient chaque matin de l'urèthre avec le premier jet d'urine. Voulant se marier, il demandait à en être débarrassé.

A la suite d'explorations multiples, faites par les élèves, il survint du gonflement du testicule avec rougeur, puis un érysipèle, des frissons, du délire, et, malgré le sulfate de quinine et l'alcoolature d'aconit, le malade mourut de résorption purulente vingt-trois jours après, sans être opéré.

L'autopsie montra des abcès métastatiques multiples dans le foie, mais les poumons étaient sans tubercules. Le testicule droit était sain, ainsi que le gauche, plus petit, mais son épididyme induré était rempli de masses caséeuses. Un liquide crémeux et caséeux remplissait les vésicules séminales et sortait par l'urèthre en pressant dessus. Cette matière était formée de leucocytes serrés les uns contre les autres et de très-nombreuses granulations, sans aucun caractère du tubercule. Ce liquide, recueilli pendant la vie et inoculé à deux lapins, n'amena la mort d'aucun.

Il ne faut donc pas prendre ces lésions pour du tubercule. Elles semblent analogues aux adénites suppurées et fistuleuses des strumeux. On peut les enlever de même, sans danger de repullulation ni de tuberculisation consécutive. Il est même prescrit d'en débarrasser les sujets, car un point de suppuration est toujours un danger, comme le montre ce cas. (*Union méd.*, n° 137.)

TUMEURS. Tumeurs blanches. *Mobilité latérale.* Contrairement aux auteurs classiques qui attribuent *exclusivement* ces mouvements de latéralité à la destruction des ligaments périphériques, M. Moutard-Martin fils les rapporte à la lésion des cartilages. Il en relate quatre exemples, dont trois tumeurs blanches anciennes du genou et une arthrite suppurée consécutive à une ostéomyélite. Dans un cas,

la mobilité latérale s'accompagnait d'un craquement osseux rendant la destruction du cartilage évidente pendant la vie du malade et confirmée par l'autopsie comme la cause des mouvements anormaux. Quant aux ligaments, le grand seul était envahi par des fongosités.

Aucun frottement rude n'existait dans les autres cas, mais la mobilité latérale était manifeste. On put ainsi diagnostiquer les lésions confirmées ensuite par l'autopsie. Les cartilages étaient profondément altérés, sinon détruits, tantôt usés, amincis, tantôt ramollis, ulcérés, détruits en partie. Ils avaient disparu dans un cas, sans trace de fibro-cartilage.

Quant aux ligaments vrais, ils étaient tapissés de fongosités à leur face interne dans trois cas ; une éraillure du latéral interne dans l'autre faisait communiquer l'articulation avec la synoviale de la patte d'oie, également fongueuse. Néanmoins, tous avaient encore conservé une force, une épaisseur et une résistance normales ; ils n'étaient ni relâchés ni ramollis.

Mais il faut distinguer entre les ligaments vrais et leurs accessoires, capsules, aponévroses, qui viennent les renforcer. Celles-ci peuvent être profondément désorganisées et même détruites par les fongosités sans mobilité latérale, grâce à l'intégrité des ligaments vrais, maintenant les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux. Tandis que les parties accessoires sont envahies très-rapidement, les ligaments vrais le sont beaucoup plus tard par le produit pathologique. Dans le deuxième cas, par exemple, les ligaments croisés étaient intacts, malgré la mobilité latérale.

Il semble donc permis de dire qu'il y a lésion cartilagineuse quand on constate ce symptôme ; on peut même ajouter qu'ils sont profondément altérés, sinon détruits, et porter ainsi un diagnostic grave ; mais on ne peut pas le prouver sans de nouvelles observations. (*Progrès méd.*)

Tumeurs volumineuses du sein. *Ligature préventive.* Le danger de l'instrument tranchant pour l'extirpation des sarcomes volumineux de la mamelle est l'hémorrhagie profuse et même la mort subite. Des veines énormes, turgides, étant disposées en réseaux sillonnant leur surface, leur division peut produire une hémorrhagie mortelle, sinon l'entrée de

l'air et la mort subite, car elles restent béantes comme de vrais sinus par adhérence des tuniques externes aux tissus ambiants. C'est pourquoi M. Letiévant les ampute avec le fer rouge (V. *année* 1876) et M. Laroyenne en les pédiculisant avec des flèches caustiques.

M. D. Mollière ayant à opérer une tumeur kystique énorme du sein gauche, chez une religieuse de 45 ans entrée à l'Hôtel-Dieu le 26 août 1876, procéda autrement. Des réseaux veineux très-riches, non saillants, sillonnant toute la partie supérieure de la tumeur par l'intermédiaire de deux troncs volumineux, il passa préalablement dessous une aiguille courbe avec un fil ciré et en pratiqua ainsi la ligature médiate avant l'excision. L'hémorrhagie fut peu considérable, malgré l'étendue de la plaie. La tumeur pesait 2 kilogrammes 350 grammes, et l'opérée guérit parfaitement sans phlébite ni pyohémie consécutive. C'est donc un troisième procédé d'hémostase auquel on pourra recourir dans ce cas. Abondance de ressources ne nuit pas. (*Lyon méd.*, n° 1.)

Dans un cas analogue, le docteur Cras se borna à comprimer de nombreux vaisseaux avec des pinces pendant l'ablation. C'était chez une veuve de 35 ans qui, depuis la puberté, portait un nodule induré du sein gauche. Étant devenue enceinte, cette femme le vit en quelques semaines acquérir le volume des deux poings. C'était un fibro-adénome simple. L'excision en fut faite deux mois après l'accouchement. La tumeur pesait 6 kilogrammes 800 grammes. Des orifices du volume d'une plume d'oie furent mis à nu par la section. Il s'en écoulait un lait épais. La guérison ne fut entravée que par la sécrétion laiteuse persistante d'un lobule sain de la glande qui avait été oublié dans l'amputation. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Tumeur énorme de l'utérus. *Danger du toucher.* Une célibataire de 38 ans entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 11 février dernier, pour une tumeur qu'elle appelle kyste de l'ovaire. Le ventre est volumineux, ovoïde, régulièrement développé, sans vibration transmise ; bon état général. A la visite, M. Desgranges et son chef de clinique pratiquent successivement le toucher pour établir le diagnostic. Le doigt perçoit, dans le cul-de-sac vaginal postérieur, une tumeur mol-

lasse, fluctuante, qui se confond avec la lèvre postérieure.

Le lendemain matin, la malade présente tous les signes d'une péritonite : faciès grippé, pouls petit, à 120, ballonnement du ventre, vomissements, agitation extrême, comme dans la gangrène foudroyante. La nuit est très-agitée, et la malade succombe quarante-huit heures après l'apparition des accidents.

L'autopsie découvre une tumeur énorme, dure, solide, d'un blanc rosé, sillonnée de vrais lacs sanguins, et d'un poids de 12 kilogrammes. Elle est constituée par la paroi utérine postérieure et la lèvre. Trois à quatre cents grammes d'un liquide séro-sanguinolent brun foncé existent dans le péritoine.

La péritonite paraît donc due à la résorption de produits septiques provoquée par les deux explorations. (*Soc. des sc. méd.* et *Lyon méd.*, n° 25.)

Tumeur fibreuse de la paume de la main. Située à la partie externe et inférieure de l'éminence thénar de la main droite en dedans du pouce, chez un tanneur de 38 ans, elle avait mis dix ans à acquérir graduellement le volume d'un œuf de poule. Elle se prolonge dans l'intérieur de la main et fait saillie entre le premier et le second métacarpien. Bosselée, sans adhérence à la peau, fixe et comme adhérente aux métacarpiens, elle présente une fluctuation évidente qui donne du sang pur à la ponction. Pas de douleurs, sinon par le choc ; mouvements normaux des doigts. Le père du malade était mort d'un cancer de la main qui s'était généralisé.

Son ablation, faite le 13 août dernier par M. Notta, montre qu'elle n'adhère pas aux os et s'enfonce entre les tendons des fléchisseurs et la voûte ostéo-fibreuse formée par les métacarpiens. La guérison était complète le 1er octobre avec conservation des mouvements des doigts.

L'examen la montra constituée par du tissu fibreux avec une cavité pleine de sang coagulé au centre. Le tissu est même infiltré de sang en voie de résorption dans une certaine étendue.

Les tumeurs anévrysmales et érectiles dans cette région sont plus fréquentes que les tumeurs purement fibreuses. On se demande donc si telle n'en est pas l'origine. L'examen

microscopique pourra seul le déterminer. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Tumeur pédiculée de la vessie. Voy. Myômes.

Tumeur de la langue. Voy. Epithélioma.

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE. *Endémicité en Bretagne.* L'explosion de ce fléau dans la petite île de Molène, près de Brest, semble en avoir démontré mieux qu'ailleurs la contagiosité. Il y débute par un seul cas en septembre 1876, reste limité jusqu'en janvier, où il prend le caractère épidémique, au point que sur cette petite population de 578 habitants, dont 121 marins, réunis en un seul village, 284 ont été atteints, jusqu'en avril. Les femmes, plus nombreuses d'un tiers que les hommes et chargées de tous les travaux, mal nourries, ayant soigné et veillé tous les malades, ont eu 164 victimes; 10 figurent parmi les 12 décès.

Les conditions mauvaises, anti-hygiéniques de cette population de pêcheurs pouvaient bien faire admettre le développement spontané de ce fléau, suivant l'opinion de M. Fauvel. (V. *année* 1873.) Mais une épidémie semblable avait décimé la commune de Riantec, près de Lorient, en 1870, et une autre épidémie analogue avait régné en 1872 èt 1873 à Rouisan, aux portes de Brest. Ce rapprochement en explique donc bien mieux le développement par la contagion. D'autant mieux que des recherches faites par M. Gestin lui ont montré une filiation directe avec une quinzaine d'épidémies antérieures depuis un demi-siècle prouvant que ce fléau est endémique dans le Morbihan et le Finistère, comme il l'est en Irlande.

Est-ce donc le sol, la race, qui, sous l'influence de certaines conditions insalubres, de misère, produisent cette endémicité, comme le soutient M. Chauffard? Nullement; son apparition dans des villes, dans des colléges qui n'ont pas changé, son mode d'invasion par un cas unique et sa transmission de malade à malade ensuite et *crescendo*, montrent que la contagion en est tout le secret. Importé sans doute en Bretagne, il y a fait élection de domicile, comme en Irlande et en Turquie, en raison des conditions qu'il y rencontre. C'est le même que celui des camps, des vaisseaux et des prisons,

qui reconnaît surtout l'encombrement comme cause; mais sa contagiosité est telle qu'il se transmet par les vêtements, le linge, la literie. S'il est facile de s'en préserver en ne séjournant pas longtemps avec les malades, l'épidémie de Molène a montré qu'il peut être contracté ainsi et qu'il débute après une incubation de dix à douze jours. (*Acad. de méd.* 31 juillet.)

U

ULCÈRES. Voy. Syphilis ulcéreuse.

Ulcère simple de l'estomac. Sur 252 cas observés par le professeur Lebert, à Breslau, dont 104 en détail suivis de 33 autopsies, la plupart se rapportaient à une infiltration sanguine locale avec interruption circonscrite de la circulation et formation d'une eschare. Des ulcérations superficielles, des érosions hémorrhagiques de la muqueuse par simple ecchymose, des ulcères folliculaires aphtheux et des ulcérations inflammatoires plus profondes, étendues et irrégulières que les érosions, se sont aussi rencontrés.

Il survient souvent sans cause appréciable. Un état général anémique et névropathique y prédispose. De là sa fréquence dans la chlorose, qui est souvent plutôt le masque et l'effet que la cause. En voici les principales formes et les signes particuliers :

Forme aiguë : Perforation de l'estomac, péritonite diffuse.
Forme hémorrhagique ou *scorbutique :* Forte hématémèse.
Forme dyspeptique : Analogue au catarrhe gastrique, mais plus douloureuse.
Forme gastralgique : Paroxysmes douloureux.
Forme vomitive : Prédominance des vomissements.
Forme cachectique : Simulant le cancer ; rétrécissement pylorique dilatant l'estomac.

La première est plus grave, la perforation de l'estomac a été rencontrée dans 3,5 pour 100 des 104 cas cliniques. Elle s'observe surtout chez la femme, de la puberté à 30 ans, chez les chlorotiques en particulier.

La seconde est la plus fréquente, car les vomissements de sang pur ou noir ont été rencontrés dans les quatre cinquièmes des cas et ont causé la mort dans 3 pour 100 des cas cliniques.

La perforation de l'estomac et les vomissements de sang pur ou mélanique sont donc les symptômes qui déterminent le plus souvent la mort. La lenteur du mal en est le caractère distinctif. Sa durée moyenne est de 3 à 5 ans. Il peut même exister à l'état latent. Sa longue durée est toujours un signe de gravité. La mortalité totale est de 8 pour 100. Les récidives ne sont pas rares, mais d'un pronostic moins grave, excepté quand le cancer en est la conséquence.

La diète lactée est le meilleur traitement. Un régime rigoureux est longtemps nécessaire. Combattre la constipation par l'aloès et les douleurs par les calmants, l'hématémèse par la glace et les astringents. (*Congrès intern. de Genève.*)

C'est donc là une maladie aussi variable par ses formes que par ses symptômes, sa durée et ses effets. Aussi est-elle très-difficile à reconnaître et ne peut être que soupçonnée le plus souvent.

Simulation d'empoisonnement. C'est un point important de l'histoire de cet ulcère dont l'auteur ne parle pas, bien qu'il soit connu de toute antiquité et assez fréquent pour qu'il doive l'avoir observé dans un si grand nombre de cas. La perforation peut être assez subite, en effet, pour qu'après un repas, un verre de vin ou de bière, chez des jeunes gens bien portants et n'ayant jamais souffert de l'estomac, des douleurs atroces de péritonisme suraigu se manifestent soudainement, et que, en l'absence de toute autre cause appréciable, on puisse soupçonner un empoisonnement.

Le fait suivant, observé tout récemment par le docteur Grasset, pourra servir d'exemple. Un domestique de 20 ans, robuste, n'ayant jamais été malade, mais ayant fait quelques excès alcooliques, déjeune sur la plage avec du pain, du chocolat et un demi-litre de vin. Un quart d'heure après, il est pris d'atroces coliques et de vomissements, et on le trouve se tordant sur le sable. Ramené chez lui, il continue à souffrir horriblement et à vomir toute la journée du 1er février dernier et toute la nuit.

Vu le lendemain matin, il se tord sur son lit, surtout par accès, quand les crises sont plus fortes. Ventre excessivement ballonné et douloureux, pouls petit, concentré, refroidissement, vomissements, pas de selles. Rien ne peut enrayer

ces accidents. Il meurt à quatre heures de l'après-midi.

On croit à un empoisonnement, et un examen judiciaire est ordonné. L'autopsie, faite 40 heures après la mort, montre une tympanite péritonéale excessive et une péritonite provoquée par une ouverture arrondie de 4 millimètres de diamètre, à bords très-nets à l'emporte-pièce, située à la face antérieure de l'estomac sur l'axe prolongé du cardia. A l'intérieur, l'ulcère est situé à cinq centimètres environ au-dessous du cardia et taillé en bec de flûte. Toute la muqueuse était mamelonnée par un emphysème sous-muqueux.

Une quinzaine de faits analogues sont collectés à l'appui de celui-ci pour montrer combien on peut être trompé à cet égard. (*Ann. d'hygiène et de méd. légale*, juillet.)

URÉE. Sa diminution dans les urines ictériques, constatée chez 10 malades de *St-Bartholomew's hospital* par Wickham Legg, ne dépend pas de l'ictère, suivant lui, mais de l'affaiblissement des malades. V. Anurie, Foie.

URÈTHRE. *Dilatabilité.* Cette dilatabilité est telle qu'en pratiquant, après chloroformisation, trois petites incisions, une en haut et une de chaque côté, chez une femme de 80 ans qui avait la pierre, M. Reliquet put, avec un dilatateur à trois branches, dilater brusquement l'urèthre jusqu'à presque trois centimètres de diamètre et extraire immédiatement un calcul triangulaire de 43 millim. de long sur 34 de large et 15 d'épaisseur. Le quatrième jour après cette extraction, l'opérée put rester quatre heures sans uriner. Il n'y eut pas d'incontinence consécutive ; la miction se faisait sans douleur, et la vessie se vidait complétement chaque fois. (*Soc. de méd. de Paris*, 11 novembre 1876.)

L'innocuité de la dilatation brusque de l'urèthre de la femme pendant l'anesthésie et en résolution complète est donc démontrée par ce fait, venant en corroborer bien d'autres un peu moins concluants. Elle vient de ce que les fibres musculaires de l'urèthre se laissent distendre sans réagir ni se contracter et reprennent facilement leurs fonctions ensuite, tandis que, sans l'anesthésie, la douleur violente provoque de suite la contraction réflexe énergique des mêmes fibres musculaires, qui se rompent ainsi et perdent leur propriété contractile. D'où l'incontinence d'urine consécutive. (*Union méd.*, n° 146, 1876.)

URETÈRE. *Sa division dans l'ovariotomie.* V. OVARIOTOMIE.

URINES. *Non-existence du mucus.* Le principe caractéristique du mucus, la mucine, n'existe pas dans l'urine, d'après les recherches de M. Méhu. On ne trouve, dans le sédiment désigné sous ce nom, qu'un composé d'éléments anatomiques, cellules épithéliales, leucocytes, hématies, spermatozoïdes, sels de chaux ou de magnésie, urates dont la proportion varie. Traité par l'acide acétique, ce dépôt présente un trouble ou un véritable coagulum, tandis que la mucine, dissoute dans l'eau, est invisible, comme l'albumine et le sucre. Précipitée par un acide minéral, elle se dissout dans un excès de réactif, tandis que le précipité vésical, recueilli et mis en suspension dans l'eau, n'est pas redissous par une quantité bien supérieure d'acide minéral. La viscosité de certaines urines pathologiques ne serait pas due à ce mucus. mais à l'action du carbonate d'ammoniaque sur les leucocytes contenus dans l'urine. L'urine filante et épaisse, lors de l'émission, est le résultat d'un phénomène de putréfaction. (*Bull. génér. de thérap.*)

N'est-ce pas le cas de s'écrier, comme Galilée : et pourtant la vessie est pourvue d'une muqueuse qui a ses glandes qui doivent sécréter du mucus à l'état normal ? N'est-ce pas en se plaçant au point de vue pathologique que l'auteur nie ainsi l'existence d'une sécrétion naturelle ?

Fermentation ammoniacale. Attribuée à la torulacée découverte par Van Tieghem ou plutôt à la diastase qu'elle sécrète, reconnue par M. Musculus et constatée par M. Pasteur, par son hydratation sur l'urée, cette transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque est considérée au contraire par les médecins comme un effet morbide spontané, s'opérant sous l'influence de causes encore inconnues. Au lieu d'être la cause efficiente de la fermentation, cette torulacée n'en serait que l'effet. Devant l'opposition des hétérogénistes soutenant que la substance hémi-organisée (Frémy), les microzymas (Béchamp), sont le siége de cette fermentation, et M. Bastian prétendant que les forces physico-chimiques suffisent au développement des vibrioniens, on reste dans le doute. C'est afin d'éclairer ce sujet si obscur que les docteurs Paul Cazeneuve et Charles Livon ont institué les expériences suivantes sur les chiens.

Une ligature étant jetée sur le prépuce pour retenir l'urine, une incision abdominale de 20 centimètres est pratiquée 5 heures après, le long du fourreau; avec l'index, on détermine la hernie de la vessie par cette plaie, et, des fils étant jetés sur les uretères et l'urèthre, la vessie est ainsi extraite pleine et suspendue dans le laboratoire à une température élevée de 25 à 27°. On la pèse, et l'on constate les jours suivants, par une diminution sensible du poids, soit 4 à 5 grammes par jour, que l'eau de l'urine transsude insensiblement à travers les parois, car le liquide s'évapore à mesure et laisse cette paroi toujours sèche et comme parcheminée au dehors.

Aucune odeur ne s'exhale pendant deux jours de cette vessie. On la ponctionne alors avec une aiguille creuse incandescente, et l'on en retire une dizaine de gouttes d'urine parfaitement acide au tournesol; soumise au microscope aussitôt sur une lamelle passée à la flamme, aucune trace d'organisme vivant ne s'y révèle.

Une seconde vessie préparée de même est ponctionnée seulement le cinquième jour avec les mêmes précautions et avec un résultat négatif identique. Faite le 12e jour dans une troisième expérience, et alors que le poids de la vessie est réduit de 45 grammes à 9, le résultat est encore nul quant à l'alcalinisation, à la putridité et à la présence d'organismes vivants.

On l'incise alors avec un bistouri passé au feu, et l'on trouve un liquide visqueux d'aspect et de consistance de la mélasse, sans odeur putride, franchement acide au tournesol, avec des stalactites d'urée de un centimètre de long, accolées à la muqueuse et devenant incolores dans le papier non collé.

Au microscope, elle montre des cristaux d'urée, de chlorure de sodium, quelques granulations phosphatiques, sans trace de torulacée ni de vibrioniens. Etendue d'eau et abandonnée à l'air, cette masse cristalline d'urée donne, 24 heures après, une réaction alcaline et la présence de la torulacée.

Ce résultat infirme donc l'hypothèse de M. Frémy que la mort d'un organisme vivant, comme sa prétendue matière hémi-organisée qui figure dans toutes les humeurs animales, suffirait à provoquer la fermentation, la putridité. Elle était bien morte dans cette vessie douze jours après qu'elle était séparée du corps, desséchée, et cependant l'urine n'était pas

fermentée, l'urée était intacte, tandis qu'elle se transforme aussitôt qu'elle est mise à l'air et que la torulacée apparaît.

Elle est également infirmative de la théorie de M. Béchamp, car ses microzymas, en se transformant en vibrioniens, comme il le prétend, après la mort, auraient dû hydrater l'urée et la transformer. La négative prouve assez le néant de cette théorie.

Restait celle du docteur Bastian. Pour l'éprouver, les urines de deux chiens sont rendues alcalines en soumettant le premier à l'usage de 9 grammes de bi-carbonate de soude et le second à 8 grammes d'acétate de potasse par doses fractionnées. Quand ces urines sont reconnues alcalines, la vivisection est faite comme précédemment. La vessie renfermant ainsi une urine alcaline reste exposée 5 et 6 heures dans une étuve à 50°. Après 15 heures dans un cas et 24 dans l'autre, la ponction, faite avec les précautions ordinaires, donne un liquide très-clair, alcalin, sans trace de fermentation ammoniacale, ni d'organismes vivants.

Pour rendre cette expérience encore plus décisive, une large lésion est faite au plancher du 4e ventricule, suivant la méthode de M. Cl. Bernard, sur deux chiens. Cinq heures après dans un cas et sept heures dans l'autre, la vessie est extraite et exposée, pendant sept heures la première, et six six jours la seconde, dans l'étuve à 50°. L'urine préputiale avait donné des caractères d'alcalinité avec présence d'albumine et de sucre. Malgré ce terrain favorable à l'évolution des bactéries, la ponction donne une urine sans trace d'organismes vivants, ni aucun caractère ammoniacal, ni odeur putride. Cristaux d'urée sur la muqueuse vésicale. Aucune trace d'organismes vivants au microscope.

Et comme preuve que cette urine était un terrain propice à la putréfaction, outre que celle retirée du repli préputial devenait ammoniacale en quelques heures d'exposition à l'air, il suffit de pratiquer une ouverture à la partie supérieure de la dernière vessie extraite, contenant de l'urine alcaline et albumineuse, pour qu'en douze heures elle exhalât une odeur de putréfaction manifeste avec présence innombrable de vibrioniens. Celui de la septicémie en particulier, avec sa marche flexueuse et ondulatoire, se retrouva même au microscope.

L'oxygène, il est vrai, manquait dans toutes ces urines

infermentescibles à l'abri du contact de l'air. Or, pour ceux qui pourraient en faire une objection à la génération spontanée, bien que M. Servel ait rencontré des bactéries dans le cerveau quelques heures après la mort, nos deux jeunes expérimentateurs y ont répondu par deux dernières expériences péremptoires.

Une vessie est extraite comme ci-dessus, et après 24 heures d'exposition, pour que les germes se déposent à sa surface, elle est plongée dans la paraffine fondue à une température de 45°. Retirée, elle est recouverte d'une couche protectrice de deux millimètres d'épaisseur. On l'enlève 24 heures après, et tandis que le liquide de la transsudation, contenu dans cette enveloppe, est alcalin, trouble et d'une putridité manifeste avec des torulacées, des vibrions et des bactéries au microscope, la vessie ponctionnée ne donne qu'un liquide acide, sans aucun organisme vivant.

Toutes les théories hétérogénistes sont donc infirmées par ces expériences faites sur le vivant ; la panspermie seule subsiste comme cause de la fermentation ammoniacale de l'urine. Une dernière expérience l'établit. En faisant chauffer la paraffine à 110° pour tuer les germes, trois jours après on l'enlève, et le liquide transsudé qu'elle contient est sans odeur désagréable, le terrain étant devenu impropre à toute fermentation.

Au contraire, en replongeant, cinq heures après, cette même vessie dans de la paraffine à 45° seulement et en l'enlevant le lendemain, le liquide transsudé était ammoniacal avec la torulacée et des vibrioniens au microscope.

L'ensemencement par les germes aériens est donc bien indispensable à leur production ; aucune autre cause manifeste n'en rend compte jusqu'ici. Tout esprit non prévenu doit le reconnaître. (*Rev. mensuelle de méd. et chir.*, n° 10.)

URTICAIRE GÉANTE. Milton donne ce nom à un gonflement par plaques de la peau, dont il rapporte cinq observations personnelles. Cette affection est si rare que les dermatologistes anglais les plus autorisés hésitent encore à se prononcer sur sa nature. Elle ressemble au *cnidosis* de M. Bazin et diffère complétement de l'urticaire ordinaire, comme on va le voir.

Les cinq malades signalés — 4 hommes et une fille —

étaient jeunes encore, — de 20 à 40 ans, — d'une bonne santé générale, bien que l'affection remontât à sept et huit ans. Elle n'a, en effet, que peu de réaction sur l'état général, sinon au début ou quand elle existe au voisinage des muqueuses et s'y propage. Un malade fut ainsi atteint d'un mal de gorge tenace avec gonflement considérable des amygdales et du voile du palais avant son apparition. Chez un autre, chaque poussée éruptive débutait par des troubles gastro-intestinaux. Aucun autre phénomène viscéral de la fièvre ortiée n'est relaté.

L'éruption se manifeste sur toutes les parties du corps, sous forme d'un gonflement par plaques circonscrites et plus ou moins étendues, dures, indolentes, pâles, légèrement prurigineuses, paraissant et disparaissant par intervalles plus ou moins éloignés. Elle se montra à la racine de la cuisse droite par une plaque de trois pouces de diamètre, dans le premier cas, et disparut spontanément, trois jours après, pour reparaître le lendemain sur le côté opposé. Elle avait six pouces de long et s'élevait de près de deux centimètres au-dessus de la peau dans un autre cas. Disparue le quatrième jour, elle fut remplacée par des plaques aux jambes, aux hanches et autour du bassin, en se maintenant là alternativement pendant trois semaines. La face fut prise au quatrième mois autour des paupières, des narines et des lèvres. Des plaques semblables apparurent trois fois dans là gorge avec menace de suffocation.

C'est à la face qu'elle se montre de préférence. Une jeune fille de 20 ans portait ainsi depuis dix-huit mois une large plaque dure sur le front, allant d'une tempe à l'autre et empiétant sur les paupières. Elle occupait les paupières, la face, les narines et les parties génitales depuis sept ans, chez un homme de la campagne, avec une nouvelle poussée tous les quinze jours, et siégeait de préférence au niveau de l'épaule, du bras, de l'abdomen et sur les membres inférieurs dans le dernier cas.

Les alternatives de rémission et de rechutes sont constantes. Une fois, il se fit une éclosion de vésicules comme dans l'herpès. Elle était suivie d'une desquamation furfuracée et même d'une véritable exfoliation avec démangeaisons très-vives dans un autre cas. Aussi, malgré l'usage des bains de toute espèce, pris dans les diverses capitales de

l'Europe, et l'emploi du fer et de l'arsenic, le malade ne put guérir.

L'administration à l'intérieur du perchlorure de fer, et de l'arsenic à petite dose ensuite, diminua les poussées graduellement et finit par amener une guérison complète chez la jeune fille de vingt ans, après cinq mois de traitement. Une autre guérison eut lieu chez un jeune homme par les mêmes moyens.

On voit qu'il est assez difficile de classer cette dermatose. Le docteur Oppenheim a observé en Turquie un gonflement analogue de la peau, mais avec un siége distinct. C'est au niveau des jointures, dans le sens de la flexion, à la paume des mains et à la plante des pieds, qu'il se manifeste. L'aspect globuleux de l'élevure et sa sensibité extrême à la pression le différencient d'ailleurs de la première. C'est donc une dermatose spéciale à étudier. (*Edinb. med. journ.*, décembre 1876.)

V

VACCINE. L'immunité transmise par la vaccine contre la variole a fait rechercher à M. Raynaud si le principe préservateur transmis par le vaccin ne réside pas dans le sang. Soupçonnant que les vaccinés sont ainsi atteints, au moins pendant la période éruptive du vaccin, d'une maladie générale qui communique un pouvoir virulent à la masse sanguine, il a pris, au moyen d'une simple piqûre à l'avant-bras ou au doigt, une goutte de sang à un enfant en pleine éruption vaccinale et l'a inoculée avec la lancette, comme d'ordinaire, à un autre enfant non vacciné. Et pour saisir le moment propice où ce sang pouvait être virulent, il a ainsi renouvelé de jour en jour cette expérience, en espaçant de plus en plus à mesure qu'il s'éloignait de la vaccination. 35 inoculations méthodiques de sang pris à des enfants vaccinés de un jour à six semaines ont ainsi été pratiquées depuis le milieu d'août 1876 jusqu'en 1877. Le résultat a été constamment négatif. Aucun bouton n'est apparu aux points d'inoculation.

A défaut d'avoir pu faire la contre-épreuve dans chaque cas par une seconde vaccination avec du virus vaccin

M. Raynaud a pratiqué celle-ci dans cinq cas à titre de contrôle, et, toutes les fois, la vaccine a parfaitement réussi. C'est la confirmation de l'expérience négative de M. Chauveau transfusant 500 à 1000 gr. de sang d'un cheval en pleine éruption spontanée de horse-pox à un autre cheval jeune et bien portant. Jamais aucune éruption n'apparut ainsi chez le transfusé, bien que l'inoculation sous-épidermique du liquide des pustules ait parfaitement réussi un mois plus tard. Il est donc permis de conclure que l'inoculation du sang d'un vacciné ne produit ni vaccination, ni immunité.

L'auteur a répété la même expérience pour le vaccin animal. Par une saignée de la veine jugulaire faite à une génisse qui était vaccinée depuis 6 jours et en pleine éruption vaccinale, 250 grammes de son sang ont été transfusés directement avec l'appareil Colin dans la jugulaire d'une génisse nivernaise de trois mois environ, non inoculée. L'animal supporta parfaitement l'opération, sans que, observée pendant les quinze jours suivants, il se montrât aucune trace de pustule sur le corps, ni éruption sur les muqueuses; une diarrhée insignifiante se déclara seulement le cinquième jour.

Quinze jours après, 68 inoculations faites avec du vaccin fraîchement recueilli furent pratiquées sur la région mammaire et au pourtour. Pas une seule pustule ne s'est développée, tandis que sur une autre génisse, vaccinée le lendemain avec le même vaccin, pris en même temps que le précédent, une magnifique éruption vaccinale apparut dès le troisième jour. (*Acad. des sc.*, mars.)

On peut se demander, d'après cette contre-épreuve unique, si la transfusion du sang vaccinal chez la première génisse a produit l'immunité à la vaccination subséquente, comme M. Rayuaud l'admet. Si, depuis huit ans, M. Chambon, qui vaccine une génisse par semaine, n'en a jamais trouvé une seule réfractaire à l'inoculation, il fallait au moins renouveler l'épreuve pour en justifier. Autrement, il faudrait conclure que le succès consiste dans la quantité du sang introduit dans l'organisme et que la transfusion du sang vaccinal réussit mieux que son inoculation.

C'est la conclusion même de M. Chauveau, qui en voit la preuve dans l'échec fréquent des inoculations à la lancette du sang morveux et claveleux, tandis que la transfusion

transmet toujours ces maladies virulentes. Le virus est si dilué dans le sang, qu'il en faut une grande quantité pour qu'il ait un effet positif.

Origine lymphatique. Au lieu du sang, M. Raynaud a recueilli des deux troncs lymphatiques qui accompagnent la veine saphène interne à la cuisse d'un cheval qu'il avait vacciné à la face interne du canon et du boulet huit à dix jours auparavant, et alors que l'éruption locale était bien développée, le liquide incolore qui s'en écoule goutte à goutte. 22 centimètres cubes de cette lymphe fraîche ont été injectés en deux fois, à un jour d'intervalle, dans la veine jugulaire d'un autre cheval qui, au seizième jour, a présenté une magnifique éruption de *horse-pox* sur les naseaux, les lèvres, la muqueuse des joues, des gencives et de la langue. Et pour qu'il n'y eût aucun doute sur la nature de cette éruption, le liquide des pustules recueilli et inoculé à un veau a donné lieu à une éruption vaccinale légitime.

La lymphe, d'après ce fait, serait donc le véhicule du virus. Mais une contradiction s'élève aussitôt. Une seconde expérience faite dans les mêmes conditions a été négative. De la lymphe recueillie sur un autre cheval vacciné, ayant été inoculée à un veau par une cinquantaine de piqûres à la peau et une injection dans le tissu cellulaire, n'a donné lieu à aucune éruption, tandis que, inoculée ensuite avec du vaccin ordinaire, ce veau a donné un résultat positif.

Autre complication. L'injection de cette lymphe vaccinale a déterminé la mort de deux chevaux ; un premier, ayant 55 centimètres cubes de cette lymphe, était tombé une demi-heure après et mourut le sixième jour, sans aucune éruption, et le second était sur le flanc et manifestement très-malade quand l'éruption a paru. Il fut assommé ensuite. Des ecchymoses innombrables, des coagulations fibrineuses dans le cœur et les vaisseaux furent trouvées à l'autopsie avec l'ensemble des lésions rencontrées après les fièvres graves, la variole notamment. On ne peut donc rien conclure de faits si contradictoires et compliqués. (*Idem*, juin.)

Vaccine originelle. Comparant l'aptitude vaccinogène des trois principales espèces chez lesquelles on peut la recher-

cher : l'homme, le bœuf et le cheval, par de nouvelles recherches expérimentales, M. Chauveau a constaté qu'elles se prêtent également bien à sa transmission indéfinie. Mais le cheval se distingue des deux autres par la fréquence relative des vraies éruptions vaccinales généralisées. Elles surviennent ainsi chez les jeunes sujets à la suite des inoculations cutanées.

Lorsqu'au lieu d'insérer le vaccin dans le corps muqueux du derme, on le fait pénétrer dans le tissu conjonctif sous-cutané, deux effets positifs se manifestent également dans les trois espèces : tuméfaction locale plus ou moins marquée et immunité vaccinale, absolument comme avec la vaccination ordinaire. Mais, chez le cheval seul et surtout chez les jeunes, il se manifeste de magnifiques exanthèmes pustuleux semblables par leurs caractères au horse-pox naturel. Leur absence chez l'homme et le bœuf montre donc encore que le cheval possède une aptitude supérieure au développement de cet exanthème.

Cette supériorité est encore attestée par l'injection du vaccin dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins ou les autres voies de l'absorption. Tandis que l'injection intravasculaire ne produit pas même l'immunité vaccinale chez le bœuf, elle est complète chez le cheval et manifeste par l'éruption d'exanthèmes vaccinaux, comme dans le cas précédent.

Ces résultats expérimentaux prouvent donc, aussi bien que l'observation clinique, sinon mieux, que le cheval possède une aptitude spéciale au développement naturel ou spontané de la vaccine, dont le bœuf est incapable ainsi que l'homme. L'organisme du cheval serait donc, comme Jenner l'avait prévu, la vraie patrie de la vaccine naturelle. C'est là qu'il faut aller la chercher pour l'avoir dans sa plus grande activité. (*Rev. mensuelle de méd. et chir.*, avril.)

VARIOLE. Pour dresser une statistique exacte et probante des cas de variole, surtout quand il s'agit de comparer et de juger des procédés thérapeutiques, il faut, suivant le docteur E. Clément, tenir compte : 1° de la confluence de l'éruption, qui est toujours grave et constitue un danger imminent pour la vie du malade ; 2° de ses formes hémorrhagiques ou irrégulières ; 3° de l'élévation extrême de la

température. La forme du *purpura variolosa*, s'accompagnant d'hémorrhagies par toutes les voies, qui est absolument mortelle à bref délai, ne doit ainsi pas être comparée avec les simples suffusions sanguines dans les pustules ou autour d'elles. De même des cas dont la température est très-différente, celle-ci étant un des principaux éléments de gravité.

L'observation journalière n'est pas moins indispensable, car autrement on peut faire entrer dans le total des varioles vraies de simples varioloïdes. Un malade entre avec un cortége de phénomènes très-intenses, avec une éruption abondante qui font croire d'emblée à une variole. Trois semaines après, l'impression des premiers jours persiste, d'après les nombreuses cicatrices, et l'erreur peut ainsi se glisser dans le résultat final.

Bains froids. C'est d'après ces règles positives que l'auteur a étudié l'aetion des bains froids. Chargé du service des varioleux pendant la dernière épidémie qui a sévi à Lyon, depuis la fin de mai jusqu'à la fin d'octobre 1874, il a observé 66 malades dont 38 varioloïdes, 26 varioles vraies et 2 cas de purpura variolique. Une dizaine des varioloïdes à phénomènes éruptifs graves, à éruption abondante, auraient pu être confondues avec des varioles à la fin de la convalescence. Une véritable fièvre de suppuration courte et faible a même eu lieu dans quelques cas. Un rash scarlatiniforme s'est aussi montré une fois.

Pendant le premier mois, dix varioles cohérentes ou confluentes ont donné 8 décès. C'est en présence de cette mortalité effrayante, et guidé surtout par la haute température de 40 à 41°, 6 et jusqu'à 42°, 4 de ces malades, que M. Clément tenta ensuite l'usage des bains froids, selon la méthode de Brand. Sur les 7 varioleux les plus gravement atteints, qui y furent soumis sur 29, dont 13 varioloïdes et 16 varioles, il n'y eut que 2 décès parmi les 7 varioleux soumis aux bains froids : c'étaient deux cas de *purpura variolosa*; les 5 autres guérirent. C'est donc une mortalité de 12,5 au lieu de 80 pour la variole seule.

Ces bains sont donnés graduellement de 22 à 28° en plongeant le malade complétement dans l'eau jusque par-dessus les épaules. La tête est arrosée de temps en temps avec de

l'eau froide. Des compresses mouillées restent sur la tête. Après 15 à 20 minutes, si le frisson paraît, on retire le malade et on l'enveloppe d'un drap sec pour regagner son lit, où on le couvre d'une couverture de laine. La sensation de froid est bientôt remplacée par le bien-être, surtout en administrant quelques gorgées de vin pur avec de l'eau gazeuse ou du bouillon froid à volonté.

Leur effet immédiat est la chute de la température, descendue immédiatement de 4° dans un cas. Elle reste ensuite stationnaire pendant les trois heures suivantes et ne se relève que de la quatrième à la cinquième. Deux à trois bains suffisent ainsi par jour.

L'auteur attribue cet effet sensible de la réfrigération à la fluxion très-intense de la peau autour des pustules et à la dilatation des capillaires. Elle s'opère ainsi avec plus de certitude et de rapidité que dans la fièvre typhoïde. Cet abaissement, dès les premiers bains, est toujours d'un pronostic favorable.

Dans plusieurs cas, le délire a cessé dès le premier bain.

Le pouls est tombé de 120 à 84 après une seule immersion, et de même de la respiration.

L'éruption est toujours modifiée favorablement. Les boutons deviennent plus volumineux et plus pleins; la teinte en est plus opaline, comme s'il se faisait un échange osmotique avec l'eau du bain. C'est peut-être là son action la plus favorable. En éliminant ou en modifiant les produits septiques des pustules, on tarit les sources les plus vives de la fièvre de suppuration.

Jamais l'épiderme ne se détache ni ne s'enlève par lambeaux. Ces malades n'ont pas plus souffert du gonflement des pieds que les autres, ce qui forme une exception avec les typhiques baignés. Un seul d'entre eux sur 7 a eu des abcès et des furoncles pendant sa convalescence, mais sans gravité.

Tandis que pour Curschmann, de Berlin, l'emploi des bains frais dans la variole n'est utile que dans la période initiale et dans le stade d'éruption, l'indication principale, pour M. Clément, est d'en commencer l'usage seulement dès le premier jour de la fièvre de suppuration, si légère qu'elle puisse être. (*Soc. des sciences méd. de Lyon* et *Lyon méd.*, nos 5, 6 et 7.)

Contagion par la poussière des croûtes. Rappelée par M. Brouardel en 1870, cette cause a été mise en évidence à l'hôpital militaire de Lyon pendant l'épidémie de 1876. Trois blessés contractèrent successivement la variole à peu de jours de distance dans le même lit. Il était placé contre la seule fenêtre de la salle qui donne dans la cour sur laquelle s'ouvraient les fenêtres du service des varioleux. Seule, elle pouvait donner accès aux émanations venant de ceux-ci. Or comme, d'après les règlements militaires, l'aération des salles se fait à la même heure, les fenêtres des varioleux du troisième étage s'ouvraient en même temps que celle des blessés, située au premier. Les poussières des croûtes qui voltigeaient dans l'air de la cour, plus pesantes que l'air, étaient ainsi attirées au premier et ont été le véhicule de la contagion.

Mais l'influence des pluies, en abattant ces corpuscules poussiéreux des croûtes et en diminuant son action sur la contagion, c'est-à-dire la marche de l'épidémie et la mortalité, ne s'est nullement manifestée. M. Hocquard n'a observé aucune diminution des entrées des varioleux, 12 jours après une semaine de pluies nécessaires à l'incubation. Au contraire, le maximum de l'épidémie s'est manifesté du 31 décembre au 13 janvier coïncidemment avec 90 à 100 centièmes de pluie.

Il y a eu, au contraire, un rapport très-intime entre l'abaissement de température, le froid et l'intensité de l'épidémie, suivant la remarque de M. Besnier. Le plus grand froid de l'année ayant été de 7 à 8° au-dessous de zéro, dans la première quinzaine de janvier, a coïncidé avec une moyenne de 8, 10, 12 et 14 entrées par jour. Sur 203 cas, 66 ont ainsi eu lieu en janvier, soit plus du tiers. (*Recueil des mémoir. de méd. et chir. milit.*, mars.)

Traitement abortif. Le docteur Esquerré attribue ce pouvoir à l'émétique par son action topique similaire de produire des pustules ombiliquées sur la peau. Il le donne donc dès les premiers symptômes prodromiques, à la dose de cinq centigrammes en lavage chez les personnes faibles, les femmes enceintes, et en potion morphinée chez les autres. On l'administre par cuillerées à café toutes les heures jusqu'à effet vomitif. On les éloigne progressivement

ensuite jusqu'à l'apparition des premières papules à la face.

Sur six cas de variole en 1870 et sur une quinzaine d'autres depuis, cette médication a retardé l'éruption de 24 à 36 heures, et de petites vésicules ont seulement apparu. La période de suppuration fut insignifiante et presque nulle, sans le mouvement fébrile secondaire. La contagion semble même perdre de son acuité, car elle ne s'est pas manifestée dans ces exemples. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Il est bien permis de se demander, devant ces résultats, si l'auteur n'a pas rencontré une série heureuse bien capable de tromper. Mais l'innocuité de quelques centigrammes d'émétique permet bien d'y recourir pour vérifier le fait.

Badigeonnages iodés. La glycérine et l'iode ont déjà été employés séparément contre la variole, mais c'était comme abortifs des pustules. (Voy. *années* 1870 et 1872.) C'est contre l'empoisonnement du pus, qui cause si souvent la mort des varioleux au moment de la fièvre de suppuration quand la multitude des pustules s'enflamme et verse dans le torrent circulatoire la suppuration successive de la face, de la poitrine et des membres, que le docteur Pioch badigeonne, toutes les quatre heures, toute la surface hérissée de boutons et de plaques, des pieds à la face, avec un pinceau trempé dans le mélange suivant :

℞	Glycèrine	3 parties.
	Teinture d'iode	1 —

Mêlez.

Une épidémie de variole, déclarée dans la maison-mère des frères de Caluire, importée dans ce village par un garçon boucher, a atteint, malgré l'isolement et la revaccination, 45 personnes sur un personnel de 200 : 35 de varioloïde et 10 de variole grave. Le premier cas, avec confluence des pustules d'un rouge brun, aréole couleur foncée donnant un aspect vineux à la peau, ne fut pas soumis à ces badigeonnages et se termina fatalement. Mais les 9 autres, dont 7 de variole très-confluente, ayant été soumis à des onctions iodées, ont parcouru heureusement la période ultime et se sont terminés par la guérison. (*Lyon méd.*, nº 20.)

Telle est cette petite statistique, qui doit encourager à répéter cette épreuve, malgré la longueur et la difficulté de

son emploi. On ne pratique ces badigeonnages que depuis la fin du 7e jour, lorsque la fièvre de suppuration augmente ainsi que le délire, jusqu'au 12e. Dès que le pouls tombe, on en cesse l'emploi. La face est alors recouverte comme d'un masque noir, crevassé, humide. Si donc ils peuvent être insuffisants dans la forme hémorrhagique et dyspnéique, comme ils sont inutiles dans les varioloïdes et même les varioles discrètes, il y a tout lieu d'employer ces onctions dans tous les autres cas.

VERSION. Deux procédés seulement étaient usités. C'était d'attirer l'une ou l'autre extrémité du corps fœtal à la vulve, la tête ou les pieds, quand il se présente transversalement. De là le nom de version, de *vertere*, tourner. Ce mot ne peut avoir d'autre signification. Ce n'est donc pas précisément une version que M. Guéniot exécute lorsque, dans les cas difficiles de présentation du tronc, alors que l'utérus tétanisé ne permet pas d'introduire la main pour aller saisir les pieds ni pratiquer l'éviscération, il recommande d'introduire l'index ou un autre doigt dans le rectum pour servir de prise et exercer des tractions. C'est tout simplement une ressource opératoire à laquelle on a probablement eu recours accidentellement sans l'ériger en procédé spécial.

Depuis une dizaine d'années, M. Guéniot emploie cette pratique lorsque le procédé podalique échoue, et lui a permis de mener à bien cette version. Après l'introduction de la main dans le vagin, il avance le tronc jusqu'au contact du coude et, appuyant ainsi avec plus ou moins de force sur l'olécrâne et la face postérieure du bras, l'avant-bras est poussé en quelque sorte mécaniquement, et la main chemine dans le bas-fond de l'utérus, presque sans fatigue, à la recherche du siége, toujours plus facile à trouver que les pieds ou les jarrets. On introduit alors un doigt dans le rectum, et, recourbé en crochet, on tire avec continuité, soit sur le pubis, soit sur le sacrum, c'est-à-dire en avant ou en arrière, de manière à entraîner le bassin de l'enfant dans l'excavation. On n'a plus ensuite qu'à suivre les règles de la version podalique.

L'avantage de ce procédé est de se servir du corps pour l'introduction de la main, d'atteindre facilement le siége et

de trouver dans l'anus un point solide et fixe pour exercer des tractions. Ce n'est donc pas une version particulière, mais un acheminement, un intermédiaire pour exécuter la version podalique. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Reste à savoir maintenant s'il est toujours bien facile d'introduire un doigt dans l'anus, lorsque la main est ainsi pressée dans cet étau, et si l'on ne risque pas, en exerçant des tractions trop fortes sur le pubis ou le coccyx, à léser ces os ou les parties molles qui les recouvrent.

VÉSICATOIRES. Une singulière expérimentation a été faite par M. Alix, médecin principal d'armée, pour démontrer leur inutilité dans le traitement des maladies aiguës, ajoutons tout de suite du thorax et du rhumatisme articulaire, pour être plus précis. Après avoir employé les vésicatoires contre ces maladies dans son service d'hôpital, au début de sa carrière en Algérie, suivant les règles enseignées par les maîtres du temps, il a été amené à les délaisser et s'en est abstenu complétement, depuis plusieurs années, dans son service à l'hôpital militaire de Lyon. Ce traitement différent ayant porté également sur des militaires à peu près du même âge et dans des conditions identiques, — tous les tuberculeux en étant retranchés, — il s'agissait de comparer les résultats. Or, voici la statistique qui s'ensuit :

	AFRIQUE. Avec les vésicatoires.	LYON. Sans vésicatoires.
Bronchite	318 cas 4 décès.	819 cas 1 décès.
Pneumonie	50 — 6 —	146 — 3 —
Pleurésie	30 — 1 —	155 — 4 —
Rhumatisme	» »	224 — 0 —

D'où la conclusion très-assurée et affirmative que ces maladies guérissent moins souvent et sûrement avec les vésicatoires que sans ce moyen. De là leur inutilité démontrée et leur condamnation, d'autant plus que la mortalité des mêmes maladies, traitées avec les vésicatoires pendant le même temps et les mêmes hôpitaux, a été encore plus élevée sur la population civile et indigène de l'Algérie que sur les militaires, comme le montre le relevé suivant :

	POPULATION CIVILE.	POPULATION INDIGÈNE.
Bronchite	109 cas 15 décès.	78 cas 5 décès.
Pneumonie	42 — 17 —	18 — 9 —
Pleurésie	8 — 1 —	1 — 0 —

On ne saurait attribuer ces différences au climat, car celui de Lyon est notoirement moins favorable aux poitrines délicates que celui de l'Algérie, comme la fréquence et la gravité des affections pulmonaires en témoignent. Il est donc permis d'attribuer une bonne part réelle du résultat à la méthode de traitement. Et c'est ainsi que, au lieu de chercher à introduire un médicament nouveau dans la thérapeutique, M. Alix cherche à en éliminer un des mieux accrédités.

Les membres de la Société de médecine de Lyon ont fait bien des objections à cette comparaison de malades dans des conditions spéciales et particulières d'âge, d'occupations et de milieu. Si favorable qu'en soit la statistique, elle n'est strictement applicable ni aux enfants ni aux vieillards, ni même à la population civile, comme le démontrent les résultats ci-dessus. La bronchite capillaire en particulier, si fréquente et si grave chez les enfants comme chez les vieillards, ne guérirait peut-être pas aussi bien que ces adultes militaires sans l'aide des vésicatoires. L'alcool et les toniques ne leur sont pas également applicables pour vaincre l'engouement du poumon. On peut en dire autant de la pneumonie, et il sera difficile de persuader aux praticiens de ne pas recourir aux vésicatoires dans cette maladie, aussi bien que dans la pleurésie, à cause des bons effets manifestement rapides que l'on en obtient presque mathématiquement. Ce n'est pas avec des injections hypodermiques de morphine, parfois si dangereuses, que l'on voudra en combattre les douleurs locales, comme M. Alix, ni une expectation impossible à observer dans les familles. Il n'y a qu'à l'hôpital, et à l'hôpital militaire surtout, où la discipline est plus sévère, que l'on peut se borner à cette expectation, malgré les souffrances et les douleurs des patients.

D'ailleurs, le facteur le plus important manque à cette statistique : c'est la durée de la maladie avec ou sans les vésicatoires. M. Alix a oublié de faire ce calcul de journées, si simple. C'eût été la meilleure démonstration de l'inutilité des vésicatoires. Sans cela, il est impossible d'y renoncer.

Courants électriques. M. Onimus a constaté que les courants descendants augmentaient la suppuration d'un vésicatoire et que les courants ascendants la diminuaient. (*Soc. de biol.*)

TABLE DES AUTEURS

FIN DE LA TABLE DES NOMS D'AUTEURS.

Coulommiers. — Typ. A. PONSOT et P. BRODARD.

SIROP
DE HENRY MURE

AU BROMURE DE POTASSIUM

(EXEMPT D'IODURE ET DE CHLORURE)

Épilepsie. — Hystérie.
Vertiges. — Convulsions. — Spasmes nerveux.
Danse de Saint-Guy. — Maux de tête.
Insomnie. — Spermatorrhée.
Maladies du cerveau et de la moelle épinière.

Le Sirop de Henry Mure est d'une irréprochable pureté; c'est la seule préparation qui réponde rigoureusement à toutes les conditions exigées par les médecins français et anglais. De là sa vogue si méritée.

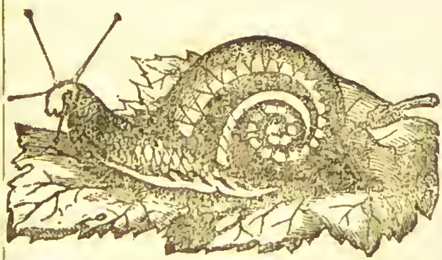
Chaque cuillerée représente exactement deux grammes de Bromure de Potassium pur.

PRIX DU FLACON : 5 FR.

Dépôt à Paris, Pharmacie LEBROU, rue de Richelieu, 16

Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger.

Pour les demandes en gros, s'adresser à M. **H. Mure**, pharmacien de première classe, à Pont-Saint-Esprit (Gard).



PATE ET
SIROP D'ESCARGOTS
DE MURE

Phen de 1re cl, à Pont-St-Esprit (Gard)

« Depuis 50 ans que j'exerce la mé-
« decine, je n'ai pas trouvé de remède
« plus efficace que les escargots contre
« les irritations de poitrine.
« Dr CHRESTIEN, de Montpellier.

La **Pâte** et le **Sirop** d'Escargots de **MURE** sont les plus puissants médicaments contre les *irritations de poitrine, rhumes, catarrhes aigus ou chroniques, asthme, coqueluche,* etc.

Prix de la Pâte : 1 fr. la boîte. — Sirop : 2 fr. la bouteille.

DANS TOUTES LES PHARMACIES

AVIS

A MESSIEURS LES DOCTEURS

Nous nous faisons un devoir de rappeler les véritables **PILULES DE BLAUD** au souvenir de MM. les Médecins ; ces pilules se recommandent à leur confiance :

Par leur **bonne préparation et la complète inaltérabilité du Proto-Sel de Fer qui en fait la base** (1).

Par leur **action énergique dans le traitement des affections chlorotiques** (2) ;

Et, enfin,

PAR LA MODICITÉ DE LEUR PRIX,

qui est de moitié moins élevé que celui des autres ferrugineux (3) ;

Tels sont les titres authentiques sous les auspices desquels les **PILULES DE BLAUD** se présentent à la confiance de MM. les Médecins ; nous avons la conviction qu'ils les trouveront suffisants pour leur mériter cette confiance.

Comme preuve d'authenticité, le nom de l'inventeur est gravé sur chaque pilule, comme ci contre.



Les véritables **PILULES DE BLAUD** ne se vendent qu'en flacons et demi-flacons, jamais en vrac.

MM. les Médecins qui les prescrivent sont priés d'exiger notre cachet.

---

(1) MM. les Médecins ont pu se convaincre de la véracité de ce fait par l'Echantillon des **Pilules de Blaud** qui a été soumis, il y a quelque temps, à leur juste appréciation.

(2) Ce qui a valu à ce médicament l'honneur d'être inscrit au nouveau Codex.

(3) Le docteur Bouchardat, ex-président de l'Académie de médecine, s'exprime ainsi à ce sujet : « C'est une des plus simples, des meilleures et des plus économiques préparations ferrugineuses. »